



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

DANIELE MARY SILVA DE BRITO

**VULNERABILIDADE AO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO
EM MULHERES INFECTADAS PELO VÍRUS DA
IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)**

Fortaleza

2009

DANIELE MARY SILVA DE BRITO

**VULNERABILIDADE AO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO
EM MULHERES INFECTADAS PELO VÍRUS DA
IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)**

Tese apresentada junto à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de pesquisa: Enfermagem no processo do cuidar na promoção da saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marli Teresinha Gimenez Galvão

Fortaleza

2009

DANIELE MARY SILVA DE BRITO

**VULNERABILIDADE AO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO
EM MULHERES INFECTADAS PELO VÍRUS DA
IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)**

Tese apresentada junto à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Marli Teresinha Gimeniz Galvão (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Maria Albertina Rocha Diógenes (Membro Efetivo)
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof^ª. Dr^ª. Maria Lúcia Duarte Pereira (Membro Efetivo)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof^ª. Dr^ª. Raimunda Hermelinda Maia Macena (Membro Efetivo)
Faculdade Integrada do Ceará (FIC)

Prof^ª. Dr^ª. Ana Karina Pinheiro Bezerra (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Paulo César de Almeida (Membro Suplente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Ana Fátima Carvalho Fernandes (Membro Suplente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

“Vou te ensinar, dizeis, vou te mostrar o caminho que deves seguir; vou te instruir, fitando em ti os meus olhos: não queira ser sem inteligência como o cavalo, como o mular, que só ao freio e à rédea submetem seus ímpetos; de outro modo não se chega a ti”. São muitos os sofrimentos dos ímpios. Mas quem espera no Senhor, sua misericórdia o envolve. Ó justos, alegrai-vos e regozijai-vos no Senhor. Exultai todos vós, retos de coração. Salmo 31, 8-11.

Dedicamos este estudo a todas as mulheres infectadas pelo HIV e, em especial, àquelas que contribuíram para a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha luz e fonte de estímulo e sabedoria, que sempre me acompanha nos momentos difíceis e me abençoa com pessoas importantes, realizando graças na minha vida.

A toda a minha família, em especial, aos meus pais que sempre se dedicaram e acreditaram no meu potencial.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Marli Teresinha Gimenez Galvão, pela sua rica contribuição e sabedoria na concretização deste estudo.

A todos os colegas de doutorado, graduação e projeto de pesquisa pelas amizades, reflexões, críticas e sugestões que contribuíram de forma direta ou indireta na elaboração deste estudo.

Às amigas Tatiane, Patrícia, Janaína, Léa, Lúcia Duarte, Alexsandra, Andréa Linard, Carla Daniele e Rocineide pelas contribuições especiais no decorrer da elaboração da tese. Agradeço pela companhia e colaboração.

Aos membros da banca Dr^a Maria Albertina Rocha Diógenes, Dr^a Maria Lúcia Duarte Pereira, Dr^a Raimunda Hermelinda Maia Macena, Dr^a Ana Karina Pinheiro Bezerra, Dr. Paulo César de Almeida e Dr^a Ana Fátima Carvalho Fernandes.

A todos os docentes e funcionários do Curso de Doutorado em enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pelo apoio durante o curso.

À professora Dr^a Lorena Ximenes, pelo apoio e compreensão.

A todos os colegas da unidade de saúde Sobreira de Amorim e César Cals, em especial, às coordenadoras Dr^a Fátima Pinheiro (em memória) e Dr^a Francineuma pelo apoio e compreensão na realização deste estudo.

A todos os profissionais de saúde (médicos (as), enfermeiros (as), psicólogos e assistentes sociais do Hospital São José, Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA), Hospital Geral e Hospital Universitário que contribuíram nos encaminhamentos das mulheres para a realização do estudo.

Aos profissionais do Instituto de Prevenção do Câncer, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, nível técnico (Emanoela) e, em especial, à Dr^a Vânia Melo e Dr^a Albertina Diógenes pelo acolhimento, dedicação, compromisso e ética em enfermagem, que contribuíram de forma brilhante para a concretização deste estudo.

Às Organizações Não Governamentais (ONG) que acreditaram e encaminharam as mulheres para a realização do exame.

RESUMO

BRITO, D.M.S. VULNERABILIDADE AO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO EM MULHERES INFECTADAS PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV). Fortaleza. (TESE). Fortaleza (CE). Universidade Federal do Ceará. 2009.

O câncer de colo do útero em mulheres infectadas pelo HIV tem repercutido de forma significativa em sua saúde. Neste estudo, objetivou-se analisar a situação dessas mulheres quando do exame de câncer do colo do útero e identificar marcadores da vulnerabilidade para o desenvolvimento dessa neoplasia. Estudo exploratório desenvolvido no Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará (IPCC), em Fortaleza-CE. Participaram 76 mulheres infectadas pelo HIV que realizaram o exame preventivo de outubro de 2007 a junho de 2008. Instrumentos estruturados captaram os dados que foram processados pelo SPSS versão 14.0 e empregou-se teste qui-quadrado e teste t. Das mulheres pesquisadas, 61,8% tinham idade entre 19 a 39 anos, 57,9% estudaram até o ensino fundamental, 47,4% eram provenientes da classe econômica D/E, 76,3% tinham Aids e faziam uso de antirretrovirais, 40,8% apresentavam contagem de CD4⁺ inferior a 351 mm³. Quanto às condições ginecológicas, 55,3% informaram menarca entre 9 e 13 anos, e 78,7%, coitarca entre os 12 e 19 anos. No relacionado à prevenção ginecológica, 55,2% informavam ter realizado o último Papanicolaou há dois anos ou mais, 68,4% realizaram o exame após a infecção pelo HIV, e 85,5% informavam acesso difícil para realização desse exame. Quanto aos fatores de risco adicionais para câncer de colo uterino, 64,5% fumavam e 40,8% relataram história de DST, sendo o HPV mais prevalente (51,7%). Segundo as parcerias sexuais, 30,1% das mulheres informaram mais que seis parceiros sexuais na vida. Ao exame de prevenção, 43,4% apresentaram iodo negativo, 94,8% manifestavam algum tipo de inflamação, 33,3% tinham presença de células escamosas, 5,6% de células escamosas de origem indefinida, 44,4%, HPV+NIC I e 16% dos exames com NIC I e NIC II. Foi demonstrada associação estatística entre DST e tempo da última prevenção do câncer de colo ($p=0,040$), teste de Schiller positivo e coitarca ($p=0,005$); entre presença de atipias em células escamosas e número de parceiros ($p=0,021$), coitarca ($p=0,003$) e iodo negativo ($p=0,008$); entre contagem de TCD4, atipias em células escamosas e teste do iodo ($p=0,028$) e ($p=0,030$). Quanto aos marcadores de vulnerabilidade na dimensão individual, observaram-se diferentes situações como o conhecimento insuficiente sobre Papanicolaou e sobre a possibilidade de apresentação do câncer de colo, além de desconhecimento da associação entre imunossupressão e câncer de colo, reduzida escolaridade e atividade laboral e classe social baixa. Na dimensão programática, observou-se irregularidade na realização do Papanicolaou; ausência do serviço/equipe de ginecologia em serviço de referência; acesso difícil aos atendimentos em saúde; ausência de educação em saúde, entre outros. Na dimensão social, verificaram-se condições insuficientes de vida e saúde, acesso insuficiente aos equipamentos sociais e questões ligadas ao gênero. Concluiu-se que as mulheres infectadas pelo HIV são mais vulneráveis ao câncer de colo do útero, devido à imunossupressão, aos fatores individuais, sociais e ambientais. Urge a necessidade de implementação regular do programa de controle de câncer cérvico-uterino para vigilância contínua do trato genital com detecção precoce do câncer de colo uterino e prevenção de outras infecções, oportunizando às mulheres infectadas pelo HIV a garantia ampla de seus direitos à saúde, permitindo um viver mais saudável e ampliando a sobrevida na vigência do HIV.

Palavras-chave: HIV; Mulheres; Prevenção de Câncer de Colo Uterino; Vulnerabilidade; Enfermagem.

ABSTRACT

BRITO, D.M.S. VULNERABILITY TO CERVICAL CANCER IN WOMEN INFECTED BY HIV. Fortaleza. (THESIS). Fortaleza (CE). Federal University of Ceará. 2009.

Cervical cancer in women infected by HIV has affecting in significant way these women's health. In this study we aimed to analyze the situation of women infected by HIV regarding the cervical cancer exam and identify vulnerability markers for the development of cervical cancer. This is an exploratory study carried out at the Cancer Prevention Institute of Ceará (IPCC), in Fortaleza-CE. 76 women infected by HIV that reported a Papanicolaou test from October 2007 to June 2008 participated of the study. Structured instruments were used for data collection, that were processed by SPSS version 14.0 and the qui-square and t tests were used. Of the women assessed, 61.8% had age between 19 and 39 years, 57.9% studied until fundamental education, 47.4% were in the economic class D/E, 76.3% had Aids and 40.8% presented CD4⁺count lower than 351 mm³. Regarding the gynecological conditions 55.3% had menarche between 9 and 13 years old, 78.7% had the first sexual intercourse between 12 and 19 years old. Regarding the gynecological prevention 55.2% reported the last Papanicolaou test at least two years ago and 85.5% informed to have difficult access to have this test. Regarding the additional risk factors for cervical cancer, 64.5% smoked and 40.8% had history of STD, with HPV as the most common (51.7%). Regarding the sexual partners 30.1% of the women told to have more than six sexual partners in life. As for the Papanicolaou test 43.4% presented negative iodine, 94.8% some kind of inflammation, 33.3% squamous cell and 5.6% squamous cell of undetermined origin, 44.4% HPV+CIN I and 16% CIN I and CIN II. Statistical association was demonstrated between STD and time of last cervical cancer prevention ($p=0.040$), Schiller's test and first sexual intercourse ($p=0.005$); between atipyas presence in squamous cell and number of partners ($p=0.021$), first sexual intercourse ($p=0.003$), negative iodine ($p=0.008$); between TCD4, atipyas presence in squamous cell and negative iodine ($p=0.028$) and ($p=0,030$). Regarding the vulnerability markers in individual dimension, different situations were observed, like insufficient knowledge on Papanicolaou test and on the possibility to present cervical cancer, besides disinformation on the association between immunosuppression and cervical cancer, low education and labor activity and lower social class. Irregularity was observed in the programmatic dimension to accomplish Papanicolaou test; absence of gynecology service/team in reference service; difficult access to health care; lack of health education; among others. Insufficient conditions of life and health were observed in the social dimension; insufficient access to social equipments and questions on this matter. It was concluded that women infected by HIV are more vulnerable to cervical cancer, due to the immunosuppression, individual, social and environmental factors. We verified the need of regular implementation of the cervical cancer control program for continuous surveillance of the genital tract with early detection of cervical cancer and prevention of other infections, assuring the women infected by HIV their rights to health, providing a healthier life and increasing survival to HIV.

Keywords: HIV, Women, Cervix Neoplasms Prevention, Vulnerability, nurse.

LISTA DE TABELAS/QUADROS-FIGURAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica das mulheres infectadas pelo HIV submetidas ao Papanicolaou. Fortaleza-CE, 2008.	41
Tabela 2	Distribuição das mulheres infectadas pelo HIV, segundo as condições relacionadas à infecção pelo HIV. Fortaleza-CE, 2008.	42
Tabela 3	Distribuição das mulheres infectadas pelo HIV segundo características relacionadas às parcerias sexuais. Fortaleza CE, 2008.	44
Tabela 4	Distribuição das mulheres infectadas pelo HIV segundo condições ginecológicas. Fortaleza-CE, 2008.	46
Tabela 5	Distribuição das mulheres segundo resultado do exame de prevenção do câncer de colo do útero. Fortaleza-CE, 2008.	48
Tabela 6	Análise da associação entre variáveis da vida sexual, ginecológica e a ocorrência de DST. Fortaleza-CE, 2008.	49
Tabela 7	Análise da associação entre variáveis da vida sexual, ginecológica e o resultado do teste de Schiller. Fortaleza-CE, 2008.	50
Tabela 8	Análise da associação entre variáveis da vida sexual, ginecológica e atipias em células escamosas. Fortaleza-CE, 2008.	51
Tabela 9	Associação entre contagem de linfócitos TCD4, atipias em células escamosas e teste do iodo. Fortaleza-CE, 2008.	52
Quadro 1	Marcadores de vulnerabilidade ao câncer de colo do útero das mulheres infectadas pelo HIV. Fortaleza-CE, 2008.	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CD4	Células de Defesa
CDC	Centro de Prevenção e Controle de Doenças
ACOG	<i>College of Obstetricians and Gynecologists</i>
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
HSIL	Displasia de Alto Grau
DP	Desvio Padrão
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IPCC	Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará
MS	Ministério da Saúde
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
OMS	Organização Mundial de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Considerações preliminares	12
1.2	A feminização da aids e o câncer de colo do útero	13
1.3	REFERENCIAL TEÓRICO: vulnerabilidade & AIDS.....	20
1.3.1	De Grupo e Comportamento de Risco à Vulnerabilidade	20
1.3.2	Vulnerabilidade	23
1.3.3	Marcadores de Vulnerabilidades segundo Takarashi	27
2	OBJETIVOS	31
2.1	Objetivo geral	31
2.2	Objetivos específicos.....	31
3	METODOLOGIA.....	32
3.1	Tipo de estudo.....	32
3.2	Local da pesquisa.....	32
3.3	População.....	33
3.4	Período da coleta de dados.....	34
3.5	Procedimento e instrumentos para a coleta de dados	34
3.6	Procedimento para realização do exame Papanicolaou	36
3.7	Organização e análise de dados.....	38
3.8	Análise dos marcadores de vulnerabilidade	38
3.9	Aspectos éticos.....	39
4	RESULTADOS	40
5	DISCUSSÃO	55
6	CONCLUSÃO	84
7	RECOMENDAÇÕES	87
	REFERÊNCIAS	88
	APÊNDICES.....	
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

A convivência com pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) proporcionou a oportunidade de conhecer de forma mais próxima maneiras de cuidar e amar essa população. Esse convívio ocorrido, desde 2003, no início da assistência no Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), serviço de referência para atendimento de doenças infecciosas, incluindo-se o HIV e a aids, foi decisivo para a escolha do tema abordado.

Durante as internações, no cuidado de enfermagem, percebiam-se as angústias que essas pessoas enfrentam por carregarem consigo uma doença grave, incurável e de forte estigma social. Associado à assistência, o serviço possibilitava o desenvolvimento profissional para aprofundamento científico com o intuito de aperfeiçoar a prática. Assim, o interesse em pesquisa se ampliava, pois concomitante às leituras e à assistência surgiam inquietações de como poderia auxiliar os infectados pelo HIV no enfrentamento da doença.

Por ser o HSJ, também, uma unidade de ensino e pesquisa, a gerência de enfermagem conta com um centro de pesquisa. A inserção no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem deveu-se ao interesse pessoal e à necessidade de aprimoramento profissional. A linha de pesquisa foi definida na dissertação de mestrado e desenvolvida em unidade básica da saúde, entretanto, a experiência acadêmica e a fundamentação científica balizaram a intenção de se debruçar e investigar futuramente um assunto tão presente no cotidiano de trabalho, a aids.

Paralelo a isso, emergia no cotidiano do trabalho em saúde a expansão da aids entre as camadas mais pobres da população e entre as mulheres. Nas leituras científicas, pesquisadores como Harris *et al.*, 2005; Myer *et al.*, 2006, Parham *et al.*, 2006 e Jong *et al.*, 2008 entre outros, divulgavam o câncer de colo uterino como risco nas mulheres com HIV e afirmavam ser a prevenção do câncer de colo do útero um cuidado indispensável. A percepção direta, durante a assistência de enfermagem a essas mulheres no período de internação e nas consultas ambulatoriais, permitiu a observação do *déficit* de assistência em relação à prevenção do câncer de colo de útero. Nessas ocasiões, as mulheres referiam dificuldade de acesso para realizar o exame, desinformação sobre a maior necessidade de acompanhamento por serem portadoras do HIV e vergonha de se identificarem portadoras no ato do exame.

A partir desse contexto, surgiram algumas inquietações: qual a periodicidade de realização da prevenção de câncer de colo das mulheres infectadas pelo HIV? Quais as vulnerabilidades que as mulheres infectadas pelo HIV apresentam para o desenvolvimento do câncer de colo? Existia associação entre o HIV e o câncer de colo do útero? Qual o conhecimento que as mulheres possuíam sobre a necessidade do controle do exame preventivo, em virtude da imunossupressão? As mulheres eram orientadas e direcionadas a realização do exame citológico pelos profissionais que as acompanhavam?

Acreditava-se que as respostas a essas inquietações iriam possibilitar aquisição de conhecimentos acerca do câncer de colo em mulheres infectadas pelo HIV de Fortaleza e demais áreas do estado do Ceará, despertando os profissionais de saúde que atendiam essa clientela não só para os fatores de risco, mas para as vulnerabilidades dessas mulheres ao desenvolvimento do câncer de colo do útero. Os resultados encontrados poderiam fortalecer e contribuir para a discussão de políticas públicas de saúde direcionadas para essa temática, inclusive pelos serviços de saúde que atendem a infecção pelo HIV.

Assim, nesse contexto, na busca da integralidade do cuidado, que no campo da saúde é meio e fim do que se realiza sob a forma de atividades, e observando a necessidade na prevenção do câncer do colo do útero em mulheres, o presente estudo foi desenvolvido com o intuito de melhorar e prolongar, com dignidade, a vida das mulheres infectadas pelo HIV.

1.2 A FEMINIZAÇÃO DA AIDS E O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

A aids destaca-se entre as enfermidades infecciosas emergentes pela magnitude e extensão dos danos causados a populações, constituindo-se um grande desafio para a humanidade neste século (BASTOS, 2006). A identificação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da aids ocorreu há três décadas, no entanto, o número de pessoas infectadas e doentes tem aumentado significativamente.

Nos diferentes países do mundo, até o ano de 2007, a pandemia se exterioriza com 33,2 milhões de pessoas infectados pelo HIV (ONUSIDA; OMS, 2007), especialmente no sexo feminino. Em todo o mundo, 17,3 milhões de mulheres com 15 anos ou mais vivem com o HIV. Esse dado representa 50% do total das pessoas infectadas (BRASIL, 2007).

No Brasil, o Programa Nacional de DST e aids (PNDST/aids) do Ministério da Saúde registrou 506.499 casos de aids até junho de 2008, entre estes, 334.289 (66%) casos de

aids no sexo masculino e 172.209 (34%) no sexo feminino. Os casos estão distribuídos nas cinco regiões do Brasil. O nordeste ocupa o terceiro lugar com 58.348 casos, dentre os quais, o Ceará possui 9.462 acumulados e apresentava uma taxa de 10,2/100.000 habitantes em 2007. Registraram-se 17.304 casos em menores de 13 anos (3,4%) e as meninas representavam 50,3% desses casos (BRASIL, 2008a).

A incidência de casos de aids em mulheres cresceu consideravelmente a partir dos anos de 1990, resultante do fenômeno denominado de *heterossexualização e feminização* da epidemia (BRASIL, 2007).

No cenário internacional, a maior proporção de mulheres infectadas pelo HIV vive no continente Africano. Cerca de 76% residem na África Sub-Saariana. As demais proporções localizam-se em outras regiões do planeta. Na Ásia, as mulheres representam 30% dos casos de aids. No Caribe, elas representam 51% dos adultos infectados pelo HIV (BRASIL, 2007).

Na América do Norte, mais precisamente nos Estados Unidos, mais de um quarto de todos os novos casos de HIV e aids diagnosticados, e cerca de um terço das pessoas vivendo com HIV ou aids são mulheres (UNAIDS, 2006; CDC, 2006).

Na América Latina, uma crescente proporção de pessoas vivendo com HIV é mulher, estima-se que 1,8 milhões de pessoas são infectadas pelo HIV, com maior ocorrência dos casos nos quatro maiores países como: Brasil, Argentina, Colômbia e México. Desses países, o Brasil possui mais de um terço de todas as pessoas que vivem com HIV (UNAIDS, 2006). No Ceará, até dezembro de 2008 foram diagnosticados 8.272 casos de aids, sendo 29,4% em mulheres. Destaca-se que a capital cearense, Fortaleza, é o décimo segundo município brasileiro em número de casos de aids (SESA, 2009).

O aumento do número de casos é esperado, especialmente em países onde a transmissão heterossexual é o principal modo de transmissão. Nesse contexto, mesmo com o crescente número de mulheres infectadas pelo HIV, sabe-se que muitas delas não têm comportamento sexual de risco, mas permanecem vulneráveis em função, muitas vezes, do comportamento de risco adotado pelos seus parceiros sexuais fixos (KOJIC; CU-UVIN, 2007).

Evidencia-se que a infecção não está mais restrita ao que se considerava como grupos de risco, homossexuais, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo, por exemplo, e vem atingindo a população de forma geral.

Em função do entendimento provocado ao longo da epidemia, atualmente, não se fala em grupo de risco, mas sim, em comportamento de risco para HIV, tornando toda pessoa

potencialmente vulnerável à aquisição do vírus. Face ao exposto, a infecção pelo HIV emerge como uma pandemia. No Brasil, acentua-se com o passar dos anos uma epidemia de proporções preocupantes. Desde o seu aparecimento, na década de 1980, vêm-se observando outros fenômenos além da feminização, como a *interiorização e pauperização* da epidemia (BRITO; CASTILHO; SZWARCZWALD, 2001; MBIZVO *et al.*, 2005; MAIA; GUILERM; FREITAS, 2008).

Historicamente, quanto à epidemia entre as mulheres, aponta-se que os primeiros casos de HIV em mulheres foram detectados em 1981, nos Estados Unidos. No Brasil, o primeiro caso ocorreu em 1983, em São Paulo (BRASIL, 2007). Particularmente, no Estado do Ceará, o primeiro caso de aids em mulher ocorreu em 1983 na cidade de Fortaleza. Desde então, a doença tem apresentado tendência crescente, corroborando com o perfil mundial do crescimento da infecção nas diferentes regiões do mundo, principalmente por transmissão heterossexual, reforçando a heterossexualização da aids (SESA, 2009).

No Brasil, a aids revela-se como epidemia de múltiplas dimensões por apresentar transformações significativas em seu perfil epidemiológico. Como relatado, no início, a doença atingia predominantemente homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos transfundidos, caracterizado como grupo de risco para a aquisição da doença. Tal idéia de grupo de risco dificultou a percepção da sociedade e das autoridades de saúde de que os heterossexuais tornavam-se igualmente vulneráveis à contaminação pelo HIV, dificultando o desenvolvimento de ações voltadas para prevenção e disseminação do vírus nessa população.

O aumento da transmissão por contato heterossexual resulta em crescimento substancial de casos em mulheres, o que vem sendo apontado como o mais importante fenômeno para o atual momento da epidemia. A tendência à estabilização da incidência da doença é observada apenas entre os homens. A razão de sexos vem diminuindo sistematicamente, passando de 15,1 homens por mulher, em 1986, para 1,5 homens por mulher, em 2005 (BRASIL, 2007).

No bojo da epidemia entre as mulheres, nota-se a maior vulnerabilidade para aquisição de outras DST. Esse fato tem provocado a ampliação do risco e do desenvolvimento de câncer do colo do útero em mulheres imunossuprimidas (BRASIL, 2007).

Tem sido enfatizado que a imunossupressão induzida pelo HIV aumenta a suscetibilidade a uma DST mais comum em nosso meio, a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), além de outras infecções do trato genital. A literatura é enfática ao divulgar que o estado de imunossupressão do hospedeiro, no caso a mulher com HIV, produz evolução

das lesões cervicais com maior grau de severidade (HARRIS *et al.*, 2005; NICOL; FERNANDES; ALMEIDA, 2005). A exposição dessas mulheres infectadas pelo HIV é um alerta para a implementação e desenvolvimento de estratégias de controle a fim de reduzir essas enfermidades na população feminina.

Há de se registrar que o câncer cervical invasivo foi a primeira doença gênero-específica a ser incluída na definição de caso de aids no mundo, especificamente pelo Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC). Em geral, as pacientes que desenvolviam essa doença estavam em estágios clínicos mais avançados da imunodeficiência secundária à infecção pelo HIV (CDC, 2006). Nas pessoas infectadas com o HIV, a doença é definida por uma série de condições, tais como infecções oportunistas, doenças do Sistema Nervoso Central (SNC) e tumores como o sarcoma de Kaposi, linfomas primitivos do SNC não-Hodgkin e linfomas de células B.

O primeiro relatório que relacionou a Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) ao HIV foi publicado por Bradbier em 1987 e, em 1993, o câncer cervical foi considerado uma doença definidora entre as mulheres que vivem com HIV/aids, sendo uma prioridade importante da saúde pública por causa do incômodo da doença e do potencial para a prevenção eficaz através do rastreamento (WHO, 2006b). Desse modo, o aumento da incidência de neoplasia cervical no trato genital inferior de mulheres infectadas pelo HIV determinou a inclusão do carcinoma cervical entre as condições definidoras da aids (CDC, 2006b).

O câncer cervical é o mais comum entre mulheres e a causa principal de mortes por câncer entre esta população. A infecção pelo HIV atinge, principalmente, as mulheres em idade reprodutiva, tendo a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento dos problemas ginecológicos papel importante na atenção à saúde dessas mulheres e na prevenção da transmissão do HIV (WHO, 2006a).

O câncer do colo do útero e suas lesões precursoras são as manifestações ginecológicas mais importantes relacionadas à infecção pelo HPV, doença esta relacionada ao câncer. Em função desse fato, as mulheres infectadas por esse vírus têm probabilidade cinco vezes maior que as não infectadas de apresentarem lesões intraepiteliais escamosas, precursoras do câncer cervical invasivo (RACHID; SCHECHTER, 2005).

Nas mulheres infectadas pelo HIV, com infecção pelo HPV, observa-se maior vulnerabilidade e rápida evolução nos graus de neoplasias intraepiteliais cervicais, situação essa decorrente da imunossupressão (BESKOW; EMGELMARK; MAGNUSSON, 2005; PIKETTY; KAZATCHKINE, 2005; HARRIS *et al.*, 2005).

Entretanto, a natureza da infecção por HPV na mulher infectada pelo HIV pode ser também alterada, levando-se em consideração os diferentes tipos de vírus – HPV que podem estar envolvidos. Registra-se que as infecções por múltiplos tipos e infecções por tipos inespecíficos de HPV explicam a doença cervical mais avançada nas mulheres soropositivas ao HIV (MATSUO *et al.*, 2003).

Estudos em mulheres com HIV desenvolvidos sobre a história natural do HPV revelam que após a inoculação do vírus nos microtraumatismos durante o ato sexual, pode haver um período de incubação que dura entre duas semanas a oito meses, situação relacionada com a competência imunológica individual. Há de se registrar, ainda, que o contato sexual não produz verrugas genitais em todos os casos, a imunidade celular e outros fatores locais influenciam decisivamente na transmissão do vírus. Aponta-se o tempo de duração da lesão e a carga viral relacionados com o grau de infectividade do HPV (BLUMENTHAL; GAFFIKIN, 2005; MURPHY; SCHWARZ; DYER, 2008).

Pesquisa afirma que mulheres HIV positivas, portadoras de HPV e com Células de Defesa TCD4⁺ < 200mm³ apresentaram mais do que 31% de células epiteliais escamosas a mais do que mulheres com TCD4⁺ > 500 mm³. Conclui-se, portanto, que o resultado do HPV e a contagem de células CD4 podem ser usados para determinar o intervalo e a vigilância entre os exames de Papanicolaou em mulheres infectadas pelo HIV (HARRIS *et al.*, 2005; WHO, 2006). No estudo, ainda, os autores indicam que o câncer invasivo nas mulheres com HIV tem comportamento mais agressivo, responde mal às terapias preconizadas e, na recorrência, é de pior prognóstico (HARRIS *et al.*, 2005; WHO, 2006b).

Do observado, os diferentes estudos sobre HIV e HPV que avaliam a imunossupressão indicam que existe uma alta incidência de alterações cervicais em mulheres com HIV, ou seja, quanto maior a imunossupressão maior a frequência de alteração cervical. Pode-se inferir, então, que a mensuração pela contagem dos linfócitos TCD4⁺ está associada com um crescente risco para uma variedade de doenças oportunistas, incluindo HPV e outras alterações ginecológicas como o câncer de colo do útero (WILLIAMS, 2003; PIKETTY; KAZATCHKINE, 2005), portanto é um marcador de avaliação necessário para o acompanhamento de saúde da mulher infectada pelo HIV.

De maneira geral, o câncer de colo do útero em mulheres infetadas pelo HIV tem repercutido de forma significativa na saúde dessas mulheres, sendo o mesmo atribuído a um conjunto de doenças cujas características são o crescimento desordenado das células que invadem tecidos e órgãos com poder de disseminação para outras partes do corpo formando

metástase. Essas células são de unidades antissociais autônomas, indiferentes aos sinais reguladores impostos às células normais (BRASIL, 2005).

Existem dois tipos de câncer de colo uterino que atingem mulheres em geral: o carcinoma de células escamosas e o adenocarcinoma. O primeiro é mais comum e a sua incidência varia de 80% a 95% em mulheres com idade mais avançada. Por sua vez, o segundo tipo, o adenocarcinoma, ocorre em mulheres mais jovens e tem um prognóstico mais grave, por ser de natureza mais agressiva, fato que produz menos resposta aos tratamentos, até então, existentes (BRASIL, 2006a).

Entretanto, o câncer de colo de útero é uma afecção progressivamente lenta. Inicia-se com transformações intraepiteliais progressivas que evoluem até um processo invasor num período que varia de 10 a 20 anos (BRASIL, 2006a), espaço considerado amplo, em função de se ter métodos simples de prevenção do câncer de colo do útero.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o número de casos novos de câncer do colo do útero esperados para o Brasil em 2006 foi de 19.260, com um risco estimado de 20 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2006a). A estimativa mais recente da incidência do câncer no Brasil revela que, aproximadamente 470 mil novos casos da doença, deverão ocorrer no país entre 2008 e 2009, sendo 18.680 dos casos de câncer de colo do útero (BRASIL, 2009b). Nos casos de câncer observados já em estádios avançados, no Brasil, a sobrevida média é de cerca de 49%. Nos países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos varia de 59 a 69% (INCA, 2009).

Em função do desenvolvimento socioeconômico e científico no mundo, há uma diferença entre incidência e mortalidade de câncer cervical entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. As principais razões para a incidência e a mortalidade mais elevadas em países em desenvolvimento têm sido apontadas como a falta do conhecimento sobre o câncer cervical entre a população, entre os profissionais de saúde e as políticas públicas. Destaca-se, ainda, nesse panorama, a ausência ou pouca qualidade de programas de detecção de lesões de células precursoras de câncer, acesso limitado aos serviços de saúde e falta de sistemas para referência no acompanhamento de casos (WHO, 2006b).

Para se ter um programa eficiente de prevenção e controle ao câncer de colo uterino, faz-se necessário implementar estratégias que possibilitem a prevenção primária, ou seja, voltadas para reduzir a exposição das mulheres aos fatores de risco e vulnerabilidade para o desenvolvimento de câncer de colo do útero. Outras estratégias como a detecção precoce de lesões nas fases iniciais de câncer devem ser adotadas para que sejam devidamente tratadas e acompanhadas pelo sistema de saúde.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) tem usado o exame citopatológico como uma estratégia para a prevenção do câncer do colo uterino na população feminina e tem modificado efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por este câncer.

A periodicidade de realização do exame preventivo do colo do útero é estabelecida pelo MS de acordo com as recomendações dos principais programas internacionais, no qual se define que o exame citopatológico deve ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano, e após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos (BRASIL, 2006a).

A efetividade da prevenção do câncer de colo uterino por meio do exame de Papanicolaou, associado ao tratamento desse câncer em seus estádios iniciais, tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer cervical invasor que pode chegar a 90%, quando o rastreamento apresenta cobertura de 80% e é realizado dentro dos padrões de qualidade (BRASIL, 2006a).

O rastreamento de lesões precursoras para câncer cervical consiste em coleta regular do Papanicolaou em mulheres com vida sexual ativa ou naquelas acima de 18 anos. Se há algo alterado na citologia, são necessárias colposcopia e biópsia das áreas anormais. Infelizmente, testes falsos positivos e negativos são frequentes. No entanto, no Brasil e no mundo, os programas de rastreamento de câncer de colo uterino se baseiam, classicamente, na coleta de esfregaço de espécime cérvico-vaginal para realização do exame de Papanicolaou, referência de casos suspeitos para colposcopia, biópsia e tratamento cirúrgico (BRASIL, 2006a).

Afirma-se que o decréscimo da incidência mundial do câncer cervical invasor pode ser creditado ao uso disseminado do Papanicolaou, por ser um exame de fácil realização e um procedimento relativamente barato. Entretanto, ainda existe uma série de dificuldades na logística processual e complementar na utilização do método para rastreamento do câncer cervical. Contudo, a OMS e outras agências têm demonstrado a necessidade de melhorar essa estratégia e cobrir mais mulheres sob risco de desenvolver este tipo de câncer (WHO, 2006a; BRASIL, 2006a).

Nessa perspectiva, a OMS (WHO, 2006b) e o CDC (2006) do programa de vigilância ginecológica para mulheres com HIV descrevem as recomendações e tratamento do *Cervical Pap Smear Screening Protocol for Women Infected With HIV* (Anexo A) para essas mulheres. De igual modo, o MS do Brasil segue um protocolo para o rastreamento de alterações ginecológicas que corrobora com as recomendações da OMS e do CDC (RACHID; SCHECHTER, 2000; RACHID; SCHECHTER, 2005).

Baseado nessas considerações, observa-se a necessidade de analisar a realização do exame de câncer do colo do útero, bem como detectar vulnerabilidades atribuídas às mulheres infectadas pelo HIV quanto à prevenção do câncer de colo em Fortaleza, Ceará. Em função disso, utilizou-se nessa pesquisa o modelo referencial sobre riscos e vulnerabilidades de Ayres (2002) e de marcadores de vulnerabilidade proposto por Takahashi (2006).

1.3 REFERENCIAL TEÓRICO: VULNERABILIDADE & AIDS

1.3.1 De Grupo e Comportamento de Risco à Vulnerabilidade

A humanidade iniciou um novo século vivenciando um flagelo estabelecido há três décadas, a pandemia do HIV/aids. Os indivíduos, por vezes, reagem distanciando-se e ignorando o problema. Muitas pessoas, na atualidade, acreditam que o risco de tornar-se infectado pelo HIV ou de ter um familiar ou um amigo infectado pode ser essencialmente zero.

Entretanto, por ser considerada uma epidemia dinâmica, faz-se necessária uma apreciação mais detalhada da vulnerabilidade. Desse modo, desenvolveu-se a seguir uma estrutura para corroborar o entendimento de como se definiu “vulnerabilidade” para as questões relacionadas à infecção pelo HIV e aids.

No bojo central de acirradas discussões da comunidade científica, vulnerabilidade é um conceito que ganhou, nas últimas décadas, especial atenção e destaque nas pesquisas e políticas relacionadas ao contexto do HIV/aids.

Nesse sentido, a fim de se compreender as implicações da vulnerabilidade da mulher portadora de HIV/aids, faz-se importante destacar alguns aspectos da trajetória da epidemia de aids desde seu início, na década dos anos de 1980 até o final da primeira década dos anos 2000.

Em função desse fato, optou-se por uma breve descrição de momentos históricos que antecederam o conceito de vulnerabilidade vinculado à epidemia do HIV/aids, cuja sequência histórica alcunhava denominações aos indivíduos que adoeciam ou estavam mais susceptíveis à aquisição do vírus, tais como: grupo de risco, comportamento de risco e por fim vulnerabilidade (SCHAURICH; MEDEIROS; MOTA, 2007).

O termo “risco” origina-se da palavra italiana “*riscare*”, cujo significado original era “navegar entre rochedos perigosos”, e que foi incorporado ao vocabulário francês por volta do ano de 1660 (FREITAS; SÁ, 2003).

Na epidemiologia moderna, o risco é definido como as “chances probabilísticas de suscetibilidade, atribuíveis a um indivíduo qualquer, de grupos populacionais particularizados, delimitados em função da exposição a agentes, agressores ou protetores, de interesse técnico ou científico” (AYRES, 2002).

Nas ciências biomédicas, “risco” é a probabilidade de pessoas saudáveis, expostas a determinados fatores, apresentarem agravos à sua saúde. Tais fatores, que estão associados a um risco aumentado de adoecer, são denominados “fatores de risco”, incluindo aspectos de caráter hereditário, ambiental, socioeconômico e comportamental (BRASIL, 2009).

Dentro dessa perspectiva, a definição dos fatores de risco procede de associações entre causas e eventos, sendo estes patológicos ou não. Porém, a ausência de conhecimento acerca da causalidade das doenças fez com que, a partir de 1950, os países nos quais as doenças crônico-degenerativas eram consideradas problemas prioritários, investissem muitos recursos em pesquisas (PEREIRA, 2001).

Acredita-se que a partir dos resultados dessas pesquisas foram traçadas e planejadas ações baseadas no conceito de risco, que valorizam as informações e as mudanças de comportamentos individuais a fim de reduzir os riscos às doenças crônico-degenerativas. Porém, apesar de importantes, não são suficientes. É necessário prover os indivíduos de meios que permitam fortalecimento e capacidade para compreender e usar as informações, que resultem na transformação de suas práticas; além de acesso adequado aos diversos serviços de saúde, sociais e culturais que contribuam para promoção e proteção da saúde.

Pesquisador relata que por ser a aids uma epidemia em relação dinâmica com as questões sociais e culturais, encontra-se, na prática, uma movimentação entre os termos grupo de risco, comportamento de risco e vulnerabilidade de forma interdependente e inter-relacionada (SCHAURICH; MEDEIROS; MOTA, 2007).

O marco inicial do HIV no mundo ocorreu no início da década dos anos 1980, momento em que a comunidade científica e as entidades governamentais utilizaram-se de escassos recursos preventivos para controlar o avanço epidêmico.

A infecção pelo HIV acometia, sobretudo, o sexo masculino, entre eles os homossexuais, usuários de drogas injetáveis, indivíduos portadores de hemofilia e negros. Assim, surgiu o termo “grupo de risco”, para denominar esses indivíduos contaminados pela doença ou mais vulneráveis em detrimento da maneira como o HIV se veiculava. Divulgava-

se e empregava-se o termo “grupo de risco” mediante os diferentes canais de comunicação, promovendo-se assim um rótulo para esse grupo da população (MIRANDA; BARROSO, 2002; SCHAURICH; MEDEIROS; MOTA, 2007). Todavia, o estigma sobre a população de homens homossexuais ainda permanece (BELOQUI, 2008).

Um segundo momento, no final dos anos de 1980, pode-se observar a maior disseminação do HIV. A infecção não se restringia à população rotulada como grupo de risco, evidenciava-se a inclusão paulatina de mulheres, atingindo no início do ano 2000 proporção de duas mulheres para cada homem contaminado pelo HIV e disseminando-se não só nas mulheres, mas nos homens com prática heterossexual e crianças nascidas de mulheres HIV positivas (SANTOS; TAYRA; SILVA; BUCHALLA; LAURENTI, 2002).

Percebia-se, dessa forma, a necessidade de substituir o conceito de “grupo de risco” por outro mais abrangente, associado à mudança no perfil epidemiológico, pois a aids passou a acometer todos os segmentos populacionais. A epidemia tomava caminhos e espaços na população geral, socializando a sua possibilidade de ocorrência (SANTOS; TAYRA; SILVA; BUCHALLA; LAURENTI, 2002). Ocorreu, então, a substituição do conceito de grupo para o de “comportamento de risco”, que passou a incluir indivíduos que não eram considerados pertencentes àqueles grupos, mas que apresentavam, também, um comportamento mais suscetível à infecção pelo HIV (SCHAURICH; MEDEIROS; MOTA, 2007).

De acordo com os pesquisadores Miranda e Barroso (2002) tal conceito continuou a veicular e apresentar um caráter de exclusão, abandono e culpabilização, em função de impossibilitar o desenvolvimento de ações integradas e continuou a relegar ao indivíduo que vive com o HIV/aids uma tendência de culpa individual e a denotar julgamentos de ordem moral.

Percebe-se, ainda, o fato de que o conceito de risco não possibilitava uma visão mais ampla do contexto da infecção pelo HIV, ou seja, a utilização conceitual de risco apresentava como foco o indivíduo e as possíveis relações causais existentes entre condições ou eventos patológicos e não-patológicos, demonstrando mais preocupação com a natureza fisiopatológica dos fenômenos de adoecimento, o que limitou associações entre o individual, o processo saúde-doença e o coletivo (SCHAURICH; MEDEIROS; MOTA, 2007).

Compreendia-se, mais uma vez, que o conceito utilizado era insuficiente para contemplar os inúmeros casos de aids notificados. Em virtude disso, surge a necessidade de substituir os conceitos referentes a grupos e a comportamentos, e assumir uma perspectiva mais social, além da individual, que expõe os indivíduos a uma maior ou menor chance de

infecção pelo HIV. E nessa perspectiva histórica desponta o conceito de vulnerabilidade (SCHAURICH; MEDEIROS; MOTA, 2007).

1.3.2 Vulnerabilidade

Vulnerabilidade é um novo termo empregado nos diferentes campos do conhecimento e, especialmente, nas ciências da saúde, expressando diferentes significados e promulgando distintas perspectivas de interpretação. O conceito tem sua origem na área da advocacia internacional e está relacionado a grupos ou indivíduos fragilizados, tanto jurídica como politicamente, na proteção, promoção e garantia de cidadania (CALAZANS; SALETTI FILHO; FRANÇA; AYRES, 2006; GONTIJO, 2009; NICHATA, *et al.*, 2008; SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Ressalta-se que o emprego do termo vulnerabilidade se apresenta como um ícone, contribuindo com a renovação das práticas de saúde em geral e, particularmente, daquelas de prevenção e promoção da saúde (FIGUEIREDO; MELLO, 2007). No Brasil, a partir da década de 1980 despontaram estudos que abordavam a vulnerabilidade como quadro conceitual, sendo os termos vulnerabilidade e vulnerável comumente empregados para designar suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde (NICHATA, 2008).

Especificamente, em saúde coletiva, o termo vulnerabilidade indica a abordagem que incorpora a perspectiva da determinação social da saúde-doença. Essa concepção entende a saúde como um processo de subjetivação determinada por contextos sociais, culturais e históricos específicos, possibilitando, dessa forma, a articulação entre o indivíduo e o coletivo na prática cotidiana (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007; GONTIJO, 2009).

Como divulgado, nas ciências da saúde, a vulnerabilidade vem sendo estudada, primeiramente, em investigações no campo da epidemia de HIV/aids, como discussões e respostas à necessidade de avançar para além da abordagem das estratégias de redução de risco (AYRES; FRANÇA-JÚNIOR; CALAZANS; SALETTI-FILHO, 2003).

Na perspectiva da vulnerabilidade, a exposição a agravos de saúde e mesmo o acometimento que leva à morte resultam tanto de aspectos individuais como de contextos ou condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte em questão e, simultaneamente, além das possibilidades e dos recursos para o seu enfrentamento (AYRES, 1997; TAKAHASHI, 2006).

Dessa forma, o surgimento da epidemia de aids foi um fenômeno determinante para que pesquisadores e profissionais de saúde pudessem repensar o conceito de risco e avançar nas discussões sobre vulnerabilidade.

Como referido anteriormente, na década de 80, com o surgimento da aids, estudos epidemiológicos identificaram fatores de risco associados à doença e características das pessoas infectadas pela doença designadas como “grupo de risco”. No entanto, as estratégias preconizadas no combate à epidemia da aids se mostraram insuficientes, desencadeando preconceito e exclusão social das pessoas infectadas pelo HIV.

Ainda na década de 1980, a aids despontou como uma pandemia, mesmo com todos os esforços voltados para o controle da doença, na detecção de portadores sãos, diagnóstico precoce, utilização dos antirretrovirais e pesquisas para vacina. Concomitante à busca de soluções para a prevenção e cura da aids, observou-se crescimento também de um tipo de estigma com as pessoas infectadas pelo HIV, denominando todo portador do vírus como proveniente de um grupo de risco e, posteriormente, como comportamentos de risco (MAIA, 2008).

A partir da década de 90, pesquisadores como Mann (1993), na luta de enfrentamento contra a epidemia da aids, propuseram a utilização do conceito de vulnerabilidade para as pessoas infectadas pelo HIV/aids, como uma estratégia de superação do enfoque de risco, tema insuficiente para explicar a ocorrência da doença.

Essa nova visão representou um avanço ao possibilitar uma nova percepção da doença, diferenciando de grupo de risco (específico) para determinados comportamentos de risco. Dessa maneira, atribuiu-se aos indivíduos a responsabilidade de seus comportamentos protetores, culpabilizando-os pelo surgimento da infecção, sem levar em conta o contexto social com distribuição desigual dos recursos necessários (TAKARASHI, 2006).

Nesse cenário, as medidas de prevenção ainda eram focadas na redução de risco, informações em toda a mídia sobre a doença, incentivo ao sexo “seguro”, medidas de controle, serviços de testagem e aconselhamento para HIV e rastreamento em banco de sangue. De um modo geral, a epidemiologia buscava identificar nas pessoas características que as colocassem sob maior ou menor risco de exposição às doenças (TAKARASHI, 2006).

Um tipo de vulnerabilidade observada nos tempos atuais é que a epidemia da aids atinge com maior intensidade os grupos historicamente excluídos da riqueza social, bem como aqueles que são culturalmente discriminados. No Brasil, dados do Ministério da Saúde indicam aumento do número de casos de aids em municípios de médio e pequeno porte, os quais, via de regra, dispõem de menos recursos na área da saúde ou no âmbito comunitário em

geral; na população de menor nível socioeconômico, indiretamente aferido pelo grau de escolaridade e na população feminina (UNAIDS, 2008).

Estudos sobre vulnerabilidade empreendidos, sobretudo, no campo da aids, apresentam-se como poderoso recurso para identificar e trabalhar as diferenças sociais na distribuição do adoecimento e de seus determinantes (AYRES, 2003; AYRES, 2008). No tocante à vulnerabilidade das mulheres, tais estudos têm destacado uma série de aspectos de importância prática, como: restrições do poder de participação nas decisões que envolvem a vida sexual e reprodutiva; repressões emocionais de caráter culturalmente determinado, que interferem na prevenção; e a baixa percepção de vulnerabilidade, influenciada pela não-inclusão das mulheres, nos primeiros anos da epidemia, entre os chamados “grupos de risco”.

No entanto, tem-se que a qualificação de grupo de risco, definida pela epidemiologia clássica, não foi suficiente para determinar a construção de uma base consistente sobre a doença, mostrando escassez na explicação sobre a infecção pelo HIV de pessoas que não faziam parte desses grupos, bem como, baixa resolutividade na elaboração de estratégias para a prevenção da epidemia, justamente por não abordar outros condicionantes (AYRES, 2002).

Como afirma o pesquisador, o conceito de risco apresenta suas origens ligadas à construção de instrumentos teóricos capazes de identificar associações causais entre eventos ou condições patológicas ou não. Quando se estuda o risco, busca-se isolar o fenômeno, juntando-se as variáveis dependentes e independentes, eliminando o acaso (AYRES, 1995).

Dentro da perspectiva de vulnerabilidade, a exposição à infecção ou adoecimento resulta tanto de aspectos individuais como de condições coletivas que produzem maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, concomitantemente, as possibilidades e os recursos para seu enfrentamento.

Para Ayres (2002), a análise de vulnerabilidade envolve três dimensões ou planos inter-relacionados, ou seja, o plano *individual, programático e social*.

A *dimensão individual* refere-se à suscetibilidade e às condições de resposta ao HIV fundamentadas nas premissas de que todos são vulneráveis, porém em graus diferenciados, a depender dos valores e dos recursos de proteção disponíveis. Nessa dimensão são avaliados três aspectos: cognitivos, comportamentais e sociais (AYRES, 2002).

Os aspectos cognitivos abrangem o grau e a qualidade do conhecimento sobre a aids, no que se refere ao acesso a informações corretas e atualizadas e à capacidade de compreensão e assimilação dessas informações.

Os aspectos comportamentais incluem interesse, motivação e habilidades motoras e relacionais, na elaboração e incorporação de tais informações, transformando atitudes e ações. Na análise desses aspectos, avalia-se o conjunto de características pessoais, percepção de risco, crenças, representações, habilidades pessoais e comportamentos.

Os aspectos sociais incluem o acesso a recursos e capacidade para a adoção de práticas de proteção. Os recursos referentes a este aspecto estão relacionados a condições econômicas, jurídicas, políticas e facilitadores culturais, que possibilitam o acesso a condições ou insumos necessários para que tais medidas sejam praticadas.

A *dimensão programática* é composta pelo acesso efetivo e democrático aos recursos sociais necessários para evitar a exposição ao HIV e ser protegido dos danos causados pelo vírus. Compreende ainda o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais e locais, de prevenção e cuidado a pessoas infectadas pelo HIV, bem como, as contribuições dos serviços de saúde para a redução da vulnerabilidade (AYRES, 2002).

A *dimensão social* compreende o acesso aos meios de comunicação, escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais e ausência de coerções violentas ou poder para se defender delas. Englobam aspectos relacionados a meios de comunicação, políticas sociais, econômicas e de saúde, cidadania, gênero, cultura, religião, entre outros, que exercem influência nas outras dimensões, determinando-as ou medindo-as (AYRES, 2002).

A avaliação da vulnerabilidade pode ser útil para identificar características ou condições que potencializam os recursos disponíveis para o enfrentamento da doença. A identificação de condições, características e situação de proteção e fortalecimento dos indivíduos e grupos contra o adoecimento constituem um dos diferenciais do conceito de vulnerabilidade (TAKARASHI, 2006).

Torna-se relevante a contribuição do conhecimento sobre vulnerabilidade, na perspectiva das medidas de prevenção ao câncer de colo do útero. Intervenções voltadas para esse conceito possuem maior potencial para o empoderamento dos indivíduos e grupos vulneráveis, na medida em que extrapolam o âmbito das ações sobre o indivíduo, ao incluir os serviços e o contexto social juntamente com as ações de saúde para a prevenção e controle do agravo.

Para a enfermagem, a importância do conhecimento sobre a vulnerabilidade das pessoas infectadas pelo HIV quanto à infecção, morte e adoecimento reside nas implicações que produz na saúde daqueles que são vulneráveis, identificando suas necessidades de saúde

com o propósito de lhes assegurar proteção, prevenção de doenças oportunistas e promoção da saúde. Nessa perspectiva, algumas pesquisas sobre enfermagem no Brasil têm-se utilizado do conceito de vulnerabilidade à infecção pelo HIV, ainda que em diferentes perspectivas, para discutir o processo de adoecer e morrer em relação a outros fenômenos de saúde (DAVID, 2002; NOGUSHI, 2002; BORBA, 2005; TAKAHASHI, 2006; MAIA; GUILHERME; FREITAS, 2008; NICHATA; BERTOLOZZI; TAKAHASHI; FRACOLLI, 2008).

Assim, o conceito de vulnerabilidade pode contribuir para a intensificação das ações de enfermagem, particularmente na prevenção do câncer de colo, fato que pode proporcionar melhora no estilo e qualidade de vida das mulheres infectadas pelo HIV.

A utilização dos parâmetros indicados por Ayres (2002) serve para subsidiar as práticas de enfermagem, entretanto, neste estudo, além desses parâmetros utilizaram-se as ferramentas de marcadores de vulnerabilidades propostas por Takahashi (2006) a fim de identificar a vulnerabilidade ao câncer de colo do útero em mulheres infectadas pelo HIV, possibilitando a operacionalização das ações de saúde voltadas para a prática de enfermagem.

No entanto, o referencial teórico da vulnerabilidade é relevante para a pesquisa em enfermagem, pois está diretamente ligado aos agravos e à manutenção da saúde. Desse modo, Takahashi (2006) desenvolveu uma proposta de “marcadores de vulnerabilidade” a partir dos estudos que abordavam a temática, na tentativa de implementar estratégias operacionais que permitissem superar a limitação imposta pela amplitude conceitual. A autora lembra que os três eixos da vulnerabilidade estão ligados entre os seus componentes formando uma “rede” ou “teia”, não devendo ser tratados separadamente na implementação dos marcadores de vulnerabilidade. O estudo apresenta, em seguida, os marcadores de vulnerabilidade propostos por Takarashi (2006), sistematizados com fins didáticos, mas que devem ser analisados, considerando-se a sua inter-relação.

1.3.3 Marcadores de vulnerabilidades segundo Takarashi

Para Takarashi (2006), os estudos sobre os fenômenos HIV e aids em relação à vulnerabilidade careciam de ferramentas que possibilitassem a operacionalização do conceito nas três dimensões, para o uso na prática assistencial. A construção de marcadores que abordam vulnerabilidade insere-se no esforço de desenvolver estratégias operacionais que permitam abranger os aspectos gerais de saúde e doença dos portadores de HIV.

A partir desse contexto segue a descrição dos marcadores de vulnerabilidade propostos por Takarashi (2006) com direcionamento para o câncer de colo do útero em mulheres infectadas pelo HIV, a partir das três dimensões: individual, programática e social.

Marcadores de Vulnerabilidade na Dimensão Individual

Na dimensão individual, os marcadores de vulnerabilidade foram identificados e divididos em cinco subgrupos:

1. conhecimentos e significados da aids;
2. características pessoais e relacionais;
3. impacto do diagnóstico;
4. recursos disponíveis (pessoais e experiências que interferem no enfrentamento);
5. modo de enfrentamento (práticas e comportamentos).

Por meio do marcador *conhecimentos e significados da aids* é possível compreender como as pessoas com HIV e Aids percebem sua condição de portadores ou de doentes, a forma de interpretar as informações que recebem e o impacto desse conhecimento em seu comportamento. A existência de conhecimentos incorretos ou insuficientes torna a pessoa vulnerável ao adoecimento ou expõe o parceiro ao vírus. A partir daí, é possível conduzir a ação para os determinantes que dificultam ações positivas.

Nas *características pessoais e relacionais*, identifica-se que algumas características pessoais, como escolaridade, idade, crença religiosa e parceria conjugal são marcadores da vulnerabilidade decorrente da influência que exercem no enfrentamento do processo saúde-doença.

No *impacto do diagnóstico*, observam-se as restrições provocadas pela doença, como perda do emprego e a impossibilidade de realizar determinadas atividades, que repercutem na vulnerabilidade ao adoecimento. Daí ser de fundamental importância conhecer o impacto do diagnóstico na área profissional ou ocupacional da pessoa infectada pelo HIV. Sabe-se que não só no âmbito profissional o diagnóstico causa impacto, mas em todos os aspectos da vida da pessoa, principalmente pela impossibilidade de cura e pelo preconceito que acompanha a doença, constituindo assim um marcador de vulnerabilidade.

Para os *recursos disponíveis (pessoais e experiências que interferem no enfrentamento)*, o senso de responsabilidade pela família e pelos filhos constitui um elemento de estímulo para a adoção de medidas de proteção à infecção. A decisão de ter filhos, a reação

familiar, aspectos relacionados à família, bem como, ter projeto de vida constituem condições propulsoras para superar as adversidades, uma motivação para desenvolver e aperfeiçoar as habilidades de enfrentamento da doença e a perspectiva geral sobre a vida.

Outro fato é a experiência de cuidar de familiar ou amigo com aids, que foi considerado outro marcador de vulnerabilidade, por constituir um estímulo para o autocuidado e busca de assistência. No entanto, a morte por aids de alguém próximo ou em acompanhamento no mesmo serviço de saúde, sempre abala a pessoa com essa doença, liberando sentimentos de medo e desesperança, contribuindo para uma maior vulnerabilidade.

No marcador *modo de enfrentamento (práticas e comportamentos)*, verifica-se a maneira como as pessoas reagem frente ao diagnóstico, se de forma passiva ou ativa ou indiferente, determinada por condições de vida, significados atribuídos à doença, acesso aos recursos disponíveis para o controle do processo saúde-doença e exercício dos direitos humanos e de cidadania.

Marcadores de Vulnerabilidade na Dimensão Programática

Os marcadores de vulnerabilidade na dimensão programática abrangem os programas de prevenção e de assistência e o acesso aos meios de controle. Essa dimensão é subdividida em dois subgrupos:

1. estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde; e
2. operacionalização das ações.

No subgrupo *estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde*, a expansão dos serviços de saúde e a disponibilidade de recursos que viabilizam o aumento da sobrevida, a intensificação do diagnóstico precoce, o acesso à terapêutica medicamentosa, entre outros, promovem melhora considerável na qualidade de vida das pessoas infectadas pelo HIV. Entretanto, é necessário reconhecer a participação dos serviços de saúde na vulnerabilidade das pessoas à infecção, morte e adoecimento por aids.

No âmbito dos recursos para a prevenção e controle da aids disponíveis nos serviços de saúde, verifica-se que no avanço alcançado com o atual sistema de saúde do País, cujos princípios orientam o acesso universal à saúde e uma assistência voltada para a integralidade, entre outros, persistem barreiras para a efetiva operacionalização das medidas e ações previstas, interferindo na vulnerabilidade da pessoa.

No marcador *operacionalização das ações*, os aspectos de vulnerabilidade estão relacionados a diagnóstico, foco, qualidade e avaliação da assistência, ação dos profissionais, registro de informações em prontuários e satisfação do usuário.

Marcadores de vulnerabilidade na Dimensão Social

Os marcadores de vulnerabilidade na dimensão social da pessoa com aids estão relacionados às condições materiais de existência de organizações sociais governamentais ou não relacionadas à AIDS, às relações de gênero e ao aparato jurídico-político, fatores que implicam direta e indiretamente na vulnerabilidade de pessoas infectadas pelo HIV.

A partir das dimensões de vulnerabilidade indicadas por Ayres (2002) e dos marcadores de vulnerabilidade propostos por Takahashi (2006), foram descritos, nesta pesquisa, dados de vulnerabilidades inerentes ao câncer de colo do útero em mulheres infectadas pelo HIV, com o intuito de identificar ações de enfermagem voltadas para prevenção e promoção da saúde dessas mulheres a partir de suas vulnerabilidades.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a situação de mulheres infectadas pelo HIV a partir do exame de prevenção do câncer de colo do útero.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Caracterizar as variáveis sociodemográficas, clínica, sexual e ginecológica de mulheres infectadas pelo HIV;
- 2) Analisar o resultado do exame preventivo do colo do útero entre mulheres infectadas pelo HIV;
- 3) Verificar associação entre as variáveis vida sexual, ginecológica e DST; vida sexual, ginecológica e teste de Schiller; vida sexual, ginecológica e atipias em células escamosas e TCD4 com teste do iodo, ocorrência de DST e atipias em células escamosas.
- 4) Identificar marcadores da vulnerabilidade para o desenvolvimento do câncer de colo do útero em mulheres infectadas pelo HIV.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa. O estudo é exploratório quando permite a ampliação de conhecimentos sobre a problemática identificada, partindo de uma hipótese de uma realidade específica. É descritivo, desde que tenha o intuito de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação. E quantitativo, ao envolver a coleta sistemática de informações quantificáveis, mediante condições de extremo controle, além da análise dessas informações com a utilização da Estatística (POLIT E HUNGLER, 2004; SOUSA, 2007).

A pesquisa iniciou-se na fase exploratória, quando se dedicou tempo a interrogações preliminares sobre o objeto de estudo, pressupostos, metodologia apropriada, questões operacionais relativas à coleta de dados. Seu foco principal foi a elaboração de um projeto de investigação. Em seguida, passou-se a coleta de dados e, por fim, foi estabelecida a etapa de organização do material recolhido, subdividindo-a em: ordenação, classificação e análise propriamente dita (MINAYO, 1997).

3.2 Local da pesquisa

O estudo foi desenvolvido no Instituto de Prevenção do Câncer (IPC), sediado no município de Fortaleza–CE. A escolha desse serviço deveu-se ao fato de não haver disponibilização do exame preventivo no hospital de referência em HIV/aids no momento do estudo. Para isso foi solicitado ao IPC, que é referência no Estado em prevenção do câncer ginecológico, que as mulheres tivessem um acompanhamento efetivo com garantia de acompanhamento dos casos no próprio serviço.

O serviço oferecido pelo IPC consiste em atendimento ambulatorial e hospitalar especializado na prevenção e no tratamento do câncer ginecológico e de mama, e, ainda, em exames complementares e terapêuticos especializados. As consultas ambulatoriais são agendadas e o acompanhamento se dá de acordo com a necessidade de cada paciente. A unidade de saúde dispõe, também, de equipe multiprofissional no atendimento de sua clientela.

3.3 População

No início do desenvolvimento deste estudo, devido ao amplo número de participantes, utilizaram-se estratégias para definir o número amostral. Para o cálculo da amostra, foi utilizado o total do número de mulheres soropositivas atendidas no ambulatório de HIV do Hospital São José, no período de 2006 a 2007, totalizando 1.156 mulheres. Esse total foi associado à prevalência de alterações ginecológicas encontradas em mulheres infectadas pelo HIV que foi de 80% dos casos, dados obtidos por meio da literatura científica. A partir desses parâmetros, a amostra foi calculada em 203 mulheres com um erro permissível igual a 5%. Para tal procedimento, empregou-se a “fórmula utilizada para cálculo de amostras”, fixando-se um intervalo de confiança de 95% (1,96), desvio padrão de 95,5% e um erro permissível de 5% (JEKEL *et al.*, 1999).

As mulheres portadoras de HIV/aids foram convidadas a participar do estudo e encaminhadas ao local da coleta da pesquisa (IPC). A população do estudo constituiu-se, então, de todas as mulheres que compareceram ao IPC no período da coleta e que consentiram em participar da pesquisa, totalizando 76 mulheres. No entanto, a amostra do estudo não foi compatível com o cálculo amostral por limitações que estão apresentadas no capítulo de conclusão do estudo.

Para inclusão das mulheres infectadas pelo HIV na pesquisa adotaram-se como critérios de inclusão:

- Estar em acompanhamento em serviço de saúde;
- Ter idade igual ou maior que dezoito anos;
- Estar em condições físicas e mentais de responder as informações da pesquisa; e
- Aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

Adotaram-se como critérios de exclusão:

- Informar história de câncer cervical;
- Ter sido submetida à histerectomia total; e
- Sem história de relação sexual vaginal (virgem).

3.4 Período da coleta de dados

A pesquisa foi desenvolvida durante nove meses, no período de outubro de 2007 a junho de 2008. O encerramento da coleta ocorreu em decorrência da inexistência de demanda de mulheres para a realização do exame de prevenção do câncer cervical.

3.5 Procedimento e instrumentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela enfermeira responsável pela pesquisa, mediante consulta de enfermagem e realização do exame preventivo das mulheres que compareceram ao IPC.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados, um realizado pela pesquisadora (formulário estruturado) e outro referente ao IPC.

O primeiro instrumento, o formulário estruturado (Apêndice C), foi dividido em cinco partes com suas respectivas variáveis:

- Variáveis sociodemográficas: idade (faixa etária); município que reside (Fortaleza ou interior do Estado); grau de instrução (analfabeto, ensino fundamental, médio e superior); critério de classificação econômica (O Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB, representado por meio de cinco classes denominadas A, B, C, D e E, as quais correspondem, respectivamente, a escores alcançados. Enquanto a classe “A” é aquela detentora de melhores condições, a “E” possui ínfimas condições para sobrevivência); renda familiar (em salários mínimos); situação ocupacional (trabalha fora de casa, emprego formal ou informal, não trabalha, aposentada/pensionista) e religião.
- Variáveis relacionadas à doença: estágio da infecção da doença, (em função de se avaliar o estágio da infecção, neste estudo, adotaram-se denominações amplamente conhecidas. Assim, para a infecção assintomática pelo vírus, utilizou-se “HIV” e para a doença em fase mais avançada, “aids”, entendendo-se que essas designações fornecem informações de estado de imunossupressão, que podem influenciar nas alterações ginecológicas de mulheres infectadas pelo HIV); categoria de exposição; resultado da contagem dos linfócitos TCD4 dos últimos três meses (em função da avaliação da contagem de linfócito utilizou-se a faixa de classificação preconizada pelo Ministério da Saúde (2008), que define que em virtude da monitorização dos riscos para aquisição de doenças oportunistas a partir da diminuição das células

TCD4⁺, é indicado o tratamento antirretroviral em indivíduos com contagem de TCD4⁺ abaixo de 350 células/mm³ no intuito de evitar deteriorização clínica e imunológica) e uso de antirretroviral; frequência de consultas ao infectologista.

- Variáveis relacionadas à sexualidade: número de parceiros sexuais na vida; número de parceiros sexuais nos últimos doze meses; parceiro fixo; mora com o companheiro; tempo de convivência com o parceiro atual; uso de preservativo com o companheiro; diagnóstico sorológico anti-HIV do parceiro; parceiros casuais; uso de preservativo com os companheiros casuais; parceiros comerciais e uso de preservativo com os companheiros comerciais.
- Variáveis relacionadas a questões ginecológicas: entende-se por condições ginecológicas aquelas relacionadas às alterações externas e internas que mantêm relação estreita com as situações que elevem as chances de aquisição de câncer de colo do útero tendo como variáveis: tempo do último exame de prevenção; realização do exame pós-diagnóstico de HIV; periodicidade da realização do exame de prevenção; acesso para realização do exame; local do último exame; informação/encaminhamento do exame de prevenção pelos profissionais de saúde; sistema de saúde que utiliza; menarca; idade do início da atividade sexual (coitarca); história de DST; tipo de DST e tabagismo.
- Variáveis relacionadas ao resultado do exame preventivo: teste do iodo; teste de Schiller; presença de lesões condilomatosas visíveis; encaminhamento para colposcopia pós-resultado; diagnóstico descritivo da amostra; atipias celulares; atipias em células escamosas; atipias em células glandulares.

O segundo instrumento tratava-se de um formulário do serviço do IPC para efetivação do exame de prevenção, assim distribuído: dados sociodemográficos, dados referentes à atividade sexual e reprodutiva das mulheres submetidas ao exame, resultado do exame de prevenção e possíveis encaminhamentos.

3.6 Procedimentos para realização do exame de Prevenção

Para efetivação do exame foram utilizadas diferentes ferramentas para se evitar a perda de dados. Para esse fim adotou-se:

1. Divulgação do estudo. Estrategicamente, depois de realizado o cálculo amostral, procurou-se divulgar o estudo para se ampliar o convite às mulheres infectadas pelo HIV. Inicialmente, foi mantido contato com todos os serviços de saúde que acompanhavam ambulatorialmente portadores de HIV na cidade de Fortaleza-Ceará, a exemplo do Hospital São José de Doenças Infecciosas-HSJ, do Centro de Especialidades Médicas José de Alencar-CEMJA, do Hospital Geral de Fortaleza-HGF, do Hospital Walter Cantídio-HC e do Hospital Gonzaguinha de Messejana. Esse fato se deu em razão de os serviços de saúde, até então, não oferecerem amplamente a coleta de prevenção de câncer ginecológico para as mulheres infectadas pelo HIV em Fortaleza, Ceará.

Foi encaminhado um ofício para todos os gerentes dos serviços de saúde com atendimento em HIV/aids, Organizações Não Governamentais (ONG) de Fortaleza, bem como, aos profissionais de saúde que atendem essa clientela nos serviços de saúde (Apêndice A). Concomitante, elaboraram-se cartazes informativos sobre a realização do exame de prevenção do câncer do colo, os quais foram afixados nos murais desses serviços (Apêndice B).

Houve, ainda, esforço pessoal da pesquisadora mantendo permanente contato com os profissionais das diferentes áreas de atenção à saúde, associação e ONG voltadas para HIV/aids a fim de informar e promulgar a necessidade do estudo, incentivando assim as mulheres para a realização do exame de prevenção.

2. Guia de orientações para coleta de exame (Apêndice D). Consistia em um folheto com informações específicas necessárias para efetivação do exame de prevenção, entregue no momento em que as mulheres eram convidadas a participar do estudo (não utilizar duchas vaginais ou medicamentos 48 horas antes da coleta; evitar relações sexuais durante 48 horas que antecedem a coleta; evitar uso de anticoncepcionais e espermicidas; não fazer o exame no período menstrual, aguardar o quinto dia após o término da menstruação).

2. Consulta de enfermagem: a coleta do exame preventivo. Nesta etapa, as mulheres foram submetidas à consulta de enfermagem pela enfermeira responsável pela pesquisa para realização do exame de prevenção, com entrevista e coleta de dados por meio de um instrumento estruturado. Em seguida, realizou-se consulta ginecológica com anamnese, exame das mamas e inspeção externa da vagina e região perianal. Para as mulheres em que se detectou alguma alteração visível ou palpável referente à mama ou à presença de sinais ou

sintomas sugestivos de DST, foram encaminhadas ao mastologista ou para o programa de infecções genitais no próprio IPC.

A execução do exame ginecológico foi operacionalizada de acordo com as recomendações do Programa Nacional de Controle de Câncer do Ministério da Saúde. Foram obedecidas às técnicas padronizadas: introdução do espéculo vaginal e coleta do material com espátula de Ayre e escova de nylon tipo “cervi-brush” para o canal endocervical, recolhimento de material do colo uterino, que foi colocado em frasco porta lâmina com álcool a 96% e encaminhado ao laboratório do IPC. Após essa coleta foi aplicado ácido acético a 5% no colo do útero objetivando evidenciar possíveis lesões acetobranças sugestivas de HPV, e em seguida, foi realizado o teste de Schiller com lugol, sendo interpretado em positivo ou negativo.

3. Entrega do resultado do exame. Após coleta do preventivo pela enfermeira, o exame foi encaminhado ao laboratório para análise e, posteriormente, realizada a entrega do resultado pelo ginecologista. Para os resultados com alterações clínicas por meio do teste de Schiller e pelo resultado do preventivo, as mulheres eram encaminhadas a fazer colposcopia e nos casos mais graves de lesões intraepiteliais, houve encaminhamento para procedimentos cirúrgicos por parte do médico assistente

4. Estratégia de busca para o retorno (em caso de faltosas). Esse procedimento trata-se da rotina estabelecida pelo IPC. Quando se nota a ausência de retorno para avaliação/conhecimento do resultado elencam-se as faltosas, e, imediatamente, define-se um esquema para se tentar oferecer o resultado a essas mulheres, independente de se ter ou não alterações.

Nessa etapa, a partir do conhecimento do resultado de cada exame e da observação do agendamento de retorno, caso a mulher não comparecesse, era feita a busca ativa por meio de telefonema fornecido no dia da coleta diretamente com a pessoa e agendado novo retorno. Todos os procedimentos foram registrados nos prontuários individuais de cada mulher.

3.7 Organização e análise dos dados

De posse dos dados, esses foram digitados em planilha do programa Excel. O banco de dados foi exportado para o programa estatístico SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*, Windows versão 14.0.

Para estimar a associação entre variáveis dicotômicas, comparando-se proporções, foram aplicados o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. Para a comparação entre médias foi usado o teste t, quando a distribuição da variável independente aproximou-se de uma distribuição normal.

Foram utilizadas tabelas contendo frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão para descrição da amostra. E, ainda, comparações entre os resultados dos exames citopatológicos e os dados sociodemográficos, clínicos, sexual e ginecológico da população do estudo de forma exploratória, para identificar possíveis associações, por meio dos testes estatísticos. Em todos os testes empregados foi fixado nível de significância de 5%.

Utilizou-se associação das variáveis DST, teste de Schiller, atipias em células escamosas e TCD4 com as demais variáveis da vida sexual e ginecológica em função de se observar na literatura estudos sobre a influência dessas variáveis no desenvolvimento do câncer de colo do útero em mulheres infectadas pelo HIV.

3.8 Análise dos marcadores de vulnerabilidade

Após captação e análise das diferentes variáveis do estudo, foram identificados os marcadores de vulnerabilidade referentes ao desenvolvimento do câncer de colo do útero, que mais se aproximavam do modelo de vulnerabilidade proposto por Takahashi (2006).

De acordo com o proposto por Takahashi (2006), os marcadores de vulnerabilidade foram subdivididos a partir das dimensões propostas por AYRES (2002) em:

- Dimensão individual: características pessoais e relacionais, conhecimentos e significados e impacto do diagnóstico, recursos disponíveis (pessoais e experiências que interferem no enfrentamento) e modo de enfrentamento;
- Dimensão programática: estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde e operacionalização das ações; e

- Dimensão social: referente às condições materiais de existência, ideologia e cultura.

Vale salientar que alguns marcadores não foram contemplados por não haver identificação entre as variáveis do estudo como: recursos disponíveis e modo de enfrentamento. No entanto, outros marcadores de vulnerabilidade ao câncer de colo do útero foram destacados a partir de percepções da entrevistadora no desenvolvimento da entrevista e no ato da consulta de enfermagem como, por exemplo: ter medo de encontrar pessoas conhecidas no serviço de saúde, que foi classificado como marcador de vulnerabilidade referente aos conhecimentos e significados, classificados na dimensão individual. Outro marcador de vulnerabilidade foi referente à observação da pesquisadora em relação à estrutura física das unidades de saúde com atendimento em HIV/aids, classificada dentro da dimensão programática de vulnerabilidade ao câncer de colo.

3.9 Aspectos éticos

Em observância à Resolução 196/1996, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José de Doenças Infecciosas (Anexo B) e observou os princípios norteadores das pesquisas envolvendo informações de seres humanos (BRASIL, 1996).

Inicialmente, apresentou-se a intenção do desenvolvimento do estudo à equipe de enfermagem e ao Gerente do IPC. Ante a autorização, formalizou-se o projeto e iniciaram-se os procedimentos de um protocolo de pesquisa e de investigação com seres humanos.

Diante da autorização do Diretor da Instituição, encaminhou-se para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José de Doenças Infecciosas. Somente após aprovação por meio do protocolo 022/2007 é que se iniciou o estudo.

Para fins de anuência das participantes, todas individualmente foram orientadas sobre os objetivos do estudo e somente após a declaração positiva da vontade de participar, além do registro da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, foi considerada na pesquisa. Não houve recusa em participação (Apêndice E).

4 RESULTADOS

Identificar o perfil das 76 mulheres portadoras de HIV ampliou a compreensão acerca das características que poderiam ter influência na prevenção do câncer ginecológico. As informações foram apresentadas em quatro tabelas.

A tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica das mulheres pesquisadas. Observou-se que 15 (19,7%) mulheres tinham idade menor ou igual a 29 anos, 32 (42,1%) referiram idade na faixa etária entre 30 e 39 anos e 29 (38,2%) relataram ter acima de 40 anos. Predominaram as idades acima dos trinta anos (80,3%), com média de $\bar{x} = 37,46$, DP = 8,81.

Quanto ao local de residência, 66 (86,8%) eram procedentes de Fortaleza e 10 (13,2%) de municípios do interior cearense. O estudo evidenciou que a maioria das mulheres, 44 (57,9%), estudou o equivalente ao ensino fundamental, já seis (7,9%) mulheres eram analfabetas.

Pelo observado no presente estudo, 47,4% das mulheres vivem entre as classes D e E, indicando-se classe social baixa. Em se tratando de renda, 73,7% das mulheres informaram renda entre 1 (um) e 4 (quatro) salários mínimos. Notou-se, no entanto, três (3,9%) mulheres sem fonte de renda. O valor do salário mínimo vigente na época do estudo era de R\$ 465,00.

Quanto à situação ocupacional, 37 (48,7%) mulheres informaram trabalho formal ou informal e seis (7,9%) encontravam-se aposentadas ou recebendo auxílio doença. Tal situação aponta um estágio mais avançado da infecção que as impossibilitam do desenvolvimento do exercício de trabalho. Já 33 (43,4%) encontravam-se desempregadas.

Quanto à manifestação de religiosidade, 51 (67,1%) mulheres professaram ser católicas, 21 (27,6%) cultuavam outras religiões e quatro (5,3%) foram enfáticas ao relatar não professar religião.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das mulheres infectadas pelo HIV submetidas ao exame preventivo. Fortaleza-CE, 2008

Variáveis Sociodemográficas	Nº.	%
Faixa etária (anos) *		
≤ 29	15	19,7
30-39	32	42,1
≥ 40	29	38,2
Procedência		
Fortaleza	66	86,8
Interior do Estado	10	13,2
Grau de instrução		
Analfabeto	6	7,9
Fundamental	44	57,9
Médio /Superior	26	34,2
CCEB**		
A e B	06	7,9
C	34	44,7
D	31	40,8
E	5	6,6
Renda familiar (Salário Mínimo)***		
Sem rendimentos	03	3,9
< 1	08	10,6
1- 4	56	73,7
5 -8	09	11,8
Situação ocupacional		
Empregado/ trabalho informal	37	48,7
Desempregado	33	43,4
Aposentado/auxílio doença	6	7,9
Religião		
Católica	51	67,1
Não católica	21	27,6
Nenhuma	04	5,3

*Idade= \bar{x} = 37,46 DP= 8,81;

**CCEC= Critério de Classificação Econômica Brasil;

***R\$ 465,00

Apresentam-se, na Tabela 2, as condições relacionadas à infecção pelo HIV das mulheres submetidas ao exame preventivo, que identificam possíveis alterações caracterizadas como fator de risco ampliado para o desenvolvimento do câncer cérvico uterino.

Do total das participantes 55 (76,3%) mulheres tinham desenvolvido aids. Quando questionadas segundo a categoria de exposição ao HIV, 69 (90,8%) referiram exposição heterossexual. Quanto ao uso de medicação específica para a infecção pelo HIV, 58 (76,3%) faziam uso de algum tipo de antirretroviral.

Para a contagem de linfócitos TCD4, 16 (21,1%) apresentavam menos que 200 células/mm³, 15 (19,7%) entre 200 e 350 células/mm³, 18 (23,7%) entre 351 e 500 células/mm³ e 27 (35,5%) mulheres apresentavam contagem maior que 500 células/mm³.

No relacionado à frequência das consultas médicas no ambulatório especializado, ou seja, com o infectologista, 54 (71,0%) mulheres referiram assiduidade às consultas trimestralmente.

Tabela 2 - Distribuição das mulheres infectadas pelo HIV segundo as condições relacionadas à infecção pelo HIV. Fortaleza-CE, 2008

Condições relacionadas à infecção pelo HIV	N	%
Estágio da doença		
HIV	21	23,7
Aids	55	76,3
Categoria de exposição		
Heterossexual	69	90,8
Bissexual	01	1,4
Transfusão	03	3,9
Não sabe	03	3,9
Uso de Antirretroviral		
Sim	58	76,3
Não	18	23,7
Contagem das células T CD4/mm³ *		
< 200	16	21,1
200-350	15	19,7
351-500	18	23,7
>500	27	35,5
Acompanhamento às consultas ambulatoriais		
Mensal	11	14,5
Trimestral	54	71,0
Semestral	11	14,5

* Com relação à contagem de TCD4: Média = 454,13 DP= 249,36

Na tabela 3, apresentam-se as condições relacionadas à vida sexual geral das mulheres infectadas pelo HIV e que foram submetidas ao exame de prevenção de câncer ginecológico.

Quando questionadas sobre o número de parceiros sexuais na vida, observou-se que 51 (69,9%) mulheres infectadas pelo HIV tiveram até cinco parceiros, 12 (16,4%) informaram entre seis e 10 parceiros e 10 (13,7%) mulheres referiram acima de 11 parceiros durante a vida. Já em relação ao número de parceiros nos últimos doze meses, 47 (61,8%) tiveram um parceiro, 10 (13,2%) tiveram dois ou mais, enquanto 19 (25%) informaram não ter tido parceiro nesse período.

Entre as mulheres que informaram parceiros, 51 (67,1%) delas referiram relacionamento fixo no momento e 25 (32,9%) não possuíam parceiro fixo no momento. Dentre as que tinham um relacionamento mais duradouro com seus companheiros, 33 (64,8%) moravam juntos na mesma moradia.

Com relação ao tempo de relação afetiva sexual, quatro (7,8%) tinham tempo inferior a um ano, oito (15,7%) tinham entre um e cinco anos, 18 (35,3%) tinham entre seis e 10 anos e 21 (41,2%), tempo de relacionamento maior de 10 anos.

Quanto ao uso de preservativo, 43 (84,3%) usavam preservativos com seus parceiros fixos atuais e cinco (9,8%) não usavam.

Neste estudo, avaliou-se o conhecimento da sorologia anti-HIV do parceiro. Para isso foi perguntado à mulher o conhecimento dela sobre esse fato, de modo que 25 (49%) mulheres referiram parceiros soropositivos ao HIV, 21 (41,2%) HIV- (sorodiscordantes), três (5,9%) mulheres não sabiam sobre esse resultado sorológico, enquanto duas (3,9%) revelaram que os parceiros não haviam realizado, em nenhum tempo, o exame para avaliação da infecção pelo HIV.

Em relação a parceiro casual, referente aos relacionamentos eventuais, 36 (47,4%) mulheres informaram parceiro casual, sendo que 18 (50%) não usaram preservativo com esses parceiros. Oito (10,5%) mulheres informaram parceiro comercial e destas uma (12,5%) não usava preservativo, enquanto duas (25%) informaram o uso do preservativo em algumas ocasiões.

Tabela 3 - Distribuição do número de mulheres infectadas pelo HIV segundo condições relacionadas à vida sexual. Fortaleza CE, 2008

Variáveis	n	%
Parceiros sexuais na vida *		
≤ 5	51	69,9
6 - 10	12	16,4
≥11	10	13,7
Parceiros sexuais últimos dozes meses (n=76)		
1	47	61,8
≥2	10	13,2
Nenhum	19	25,0
Parceiro fixo no momento (n=76)		
Sim, sexo masculino	50	65,8
Sim, sexo feminino	01	1,3
Não	25	32,9
Mora com parceiro (n=51)		
Sim	33	64,8
Não	18	35,2
Tempo de relação com parceiro atual (n=51)		
< 1 ano	04	7,8
1 - 5 anos	08	15,7
6 - 10 anos	18	35,3
> 10 anos	21	41,2
Uso de preservativo com parceiro atual (n=51)		
Sim	43	84,3
Não	05	9,8
Algumas vezes	03	5,9
Sorologia do parceiro atual para HIV (n=51)		
Sim	25	49,0
Não	21	41,2
Não sabe, não falam no assunto	03	5,9
Nunca fez o teste	02	3,9
Parceiro casual na vida (n=76)		
Sim	36	47,4
Não	40	52,6
Uso de preservativo com parceiros casuais (n=36)		
Sim	18	50,0
Não	18	50,0
Parceiros comerciais na vida (n=76)		
Sim	08	10,5
Não	68	89,4
Uso de preservativo com parceiros comerciais (n=8)		
Sim	05	62,5
Não	01	12,5
Às vezes	02	25,0

*Com relação ao número de parceiros sexuais: Média = 6,58 S = 7,23 (n=73)

Apresentam-se, na tabela 4, as condições ginecológicas das mulheres infectadas pelo HIV. Quando questionadas sobre o tempo da última prevenção, verificou-se que 34 (44,8%) mulheres tinham realizado o exame com tempo menor que um ano, 29 (38,1%), entre

dois e cinco anos, 10 (13,2%), maior que cinco anos e três (3,9%) não tinham realizado o exame.

Quanto à realização do exame de prevenção após o diagnóstico de HIV, observou-se que 24 (31,6%) mulheres ainda não tinham realizado o exame. Em relação à frequência de tempo do exame, verificou-se que três (3,9%) realizavam o exame semestralmente, 34 (44,8%), anualmente, quatro (5,3%), bianualmente, 32 (42,1%) não tinham definição e três (3,9%) não tinham realizado o exame.

Em relação ao acesso para realização do exame, 65 (85,5%) consideraram difícil. Nesse caso, foi considerado acesso, a opinião das mulheres em relação ao fluxo para conseguir (facilidade ou não) marcar o exame de prevenção de câncer de colo do útero. Esse fato se dá em função da impossibilidade de marcar e realizar o exame, tornando a mulher mais vulnerável ao câncer de colo do útero. 73 (96,1%) mulheres infectadas pelo HIV utilizavam o sistema público de saúde.

Ao se perguntar a mulher sobre orientações prévias ou qualquer tipo de comentários sobre o exame de prevenção em serviços de saúde por profissionais em palestras e cartazes, 35 (46,1%) mulheres referiram não haver sido informadas por profissional de saúde ou entidade sobre a necessidade de realização do exame de prevenção.

A idade da menarca correspondeu a 42 (55,3%) para as idades entre nove e 13 anos de idade e 16 (21,3%) para as idades entre 14 e 17 anos, com média de 13,5 anos. Para a idade da coitarca, teve-se 59 (78,7%) entre as idades de 12 a 19 anos e 16 (21,3%) entre as idades de 20 a 30 anos, com média de 17,9 anos.

Em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DST), 31 (40,8%) mulheres informaram ter apresentado alguma doença. Destas, 16 (51,7%) informavam a infecção pelo HPV, seis (19,3%) pelo herpes, duas (6,4%) por sífilis e uma (3,2%) por gonorreia. Entre as mulheres, algumas informaram mais do que uma síndrome ou doença, três (9,7%) referiram sífilis e HPV, outras três (9,7%) mulheres referiram herpes e HPV.

Para se avaliar outros fatores de risco para desenvolvimento de câncer ginecológico, destacou-se o hábito de fumar. Observou-se quanto ao uso de cigarros que 27 (64,5%) mulheres eram fumantes, destas 11 (40,7%) faziam uso de mais de 20 cigarros por dia.

Tabela 4 - Distribuição das mulheres infectadas pelo HIV segundo condições ginecológicas. Fortaleza-CE, 2008.

Condições Ginecológicas	N	%
Tempo decorrido da última prevenção de câncer de colo do útero (anos)		
≤ 1	34	44,8
2 - 5	29	38,1
>5	10	13,2
Não realizado	03	3,9
Exame de prevenção após diagnóstico de HIV		
Sim	52	68,4
Não	24	31,6
Periodicidade do exame de prevenção após o diagnóstico de HIV		
Semestral	03	3,9
Anualmente	34	44,8
Bianualmente	04	5,3
Sem definição	32	42,1
Não se aplica	03	3,9
Acesso para fazer o exame		
Fácil	11	14,5
Difícil	65	85,5
Sistema de saúde que utiliza para exame de prevenção		
Público	73	96,1
Público e Privado	03	3,9
Informação sobre o exame de prevenção		
Sim	41	53,9
Não	35	46,1
Idade da menarca (em anos) *		
9 - 13	42	55,3
14 - 17	34	44,7
Idade da coitarca (em anos) **		
12 - 19	59	78,7
20 - 30	16	21,3
História de DST		
Sim	31	40,8
Não	37	48,7
Não sabe	08	10,5
Se sim. Qual DST? (n=31)		
HPV	16	51,7
Herpes	06	19,3
Sífilis	02	6,4
Gonorréia	01	3,2
Sífilis e HPV	03	9,7
Herpes e HPV	03	9,7
Uso de cigarro de papel - Tabagismo		
Sim	27	64,5
Não	49	35,5
Número de cigarro/dia (n= 27)		
≤ 20	16	59,2
>20	11	40,7

*Menarca: Média = 13,53 anos, DP=1,82; ** Coitarca: Média = 17,91 anos, DP= 3,71

Caracterização do resultado de prevenção do câncer de colo do útero

Apresenta-se, na Tabela 5, a caracterização segundo o resultado do exame de prevenção do câncer de colo do útero das mulheres infectadas pelo HIV que fizeram parte do estudo.

Quanto à coleta do exame de prevenção do colo do útero, observou-se que 33 (43,4%) apresentaram iodo negativo. Isso significa que o iodo, um dos componentes da solução de Schiller, não impregnou bem o citoplasma das células superficiais do epitélio escamoso do colo do útero, mostrando provavelmente alguma alteração que foi comparada posteriormente com a análise laboratorial.

Em relação à inspeção externa ginecológica, 14 (18,4%) mulheres apresentavam lesões de aparência visível que se assemelhava a aspectos condilomatosos, 36 (47,4%) mulheres foram encaminhadas para avaliação colposcópica médica em decorrência de alterações detectadas no ato da coleta e pós-resultado laboratorial.

Em relação ao diagnóstico descritivo do exame de prevenção, 72 (94,8%) mulheres apresentaram algum tipo de inflamação entre leve, moderada e acentuada. Esse resultado indica alterações celulares benignas dentro dos limites da normalidade do material examinado (BRASIL, 2006b).

Quanto à presença de células de atipias de significado indeterminado em células escamosas, detectaram-se seis (33,3%) exames com a presença de células escamosas e um (5,6%) de células escamosas de origem indefinida, ou seja, não se pode estabelecer com clareza a origem da célula atípica.

Observaram-se, ainda, oito (44,4%) exames indicando HPV + NIC I. Tal resultado indica lesão intraepitelial de baixo grau, compreendendo-se assim o efeito citopático pelo HPV e neoplasia intraepitelial cervical grau I. Em três (16%) exames, observou-se resultado NIC I e NIC II, sendo essa última indicação de lesão intraepitelial de alto grau.

Tabela 5 - Distribuição das mulheres segundo resultado/condução do exame de prevenção do câncer de colo do útero. Fortaleza-CE, 2008

Variáveis	N	%
Iodo (n=76)		
Negativo	33	43,4
Positivo	43	56,6
Schiller		
Positivo	33	43,3
Negativo	43	56,6
Presença de condiloma		
Sim	14	18,4%
Não	62	81,6%
Encaminhado a colposcopia		
Sim	36	47,4
Não	40	52,6
Diagnóstico descritivo		
Dentro dos limites da normalidade	01	1,3
Inflamação	72	94,8
Metaplasia escamosa imatura	01	1,3
Atrofia com inflamação	02	2,6
Atipias de significado indeterminado e atipias em Células escamosas (n=18)		
Células escamosas	06	33,3
Células escamosas de origem indefinida	01	5,6
HPV e NIC I	08	44,4
NIC I e NIC II	03	16,7

Caracterização da associação entre variáveis da vida sexual, ginecológica e a ocorrência de DST

Apresenta-se na Tabela 6, a associação entre as variáveis da vida sexual, ginecológica e a ocorrência de DST nas mulheres infectadas pelo HIV.

Obteve-se associação estatística sugestiva com resultado de $p=0,067$ entre a ocorrência de DST e número de parceiros. Observou-se que a associação entre DST e tempo da última prevenção do câncer de colo foi estatisticamente significativa ($p=0,040$).

Tabela 6 - Associação entre variáveis da vida sexual, ginecológica e a ocorrência de DST. Fortaleza-CE, 2008

VIDA SEXUAL E GINECOLÓGICA	OCORRÊNCIA DE DST		<i>p</i>
	SIM N(%)	NÃO N(%)	
Número de parceiros sexuais			
1 - 4	11(32,4)	23(67,6)	0,067
> 4	17(54,8)	14(45,2)	
Parceiros no último ano			
Nenhum	9(60,0)	6(40,0)	0,024
1 ou mais	22(41,5)	31(58,5)	
Parceiro fixo			
Sim	19(40,4)	28(59,6)	0,201
Não	12(57,1)	9(42,9)	
Mora com o parceiro			
Sim	10(34,5)	19(65,5)	0,292
Não	9(50,0)	9(50,0)	
Tempo de relação com parceiro fixo (anos)			
≤ 5	6(54,5)	5(45,5)	0,276
> 5	13(36,1)	23(63,9)	
Uso de preservativo			
Sim	14(35,9)	25(64,1)	0,240 [£]
Não	5(62,5)	3(37,5)	
Tempo da última prevenção do câncer de colo (anos)			
≤ 1	19(59,4)	13(40,6)	0,040
> 2	12(34,3)	23(65,7)	
Coitarca (em anos)			
≤ 19	16(45,7)	19(54,3)	0,924
> 19	15(46,9)	17(53,1)	
História de aborto			
Sim	11(42,3)	15(57,7)	0,669
Não	20(47,6)	22(52,4)	

Teste do qui-quadrado; £ Teste Exato de Fisher

Caracterização da associação entre variáveis da vida sexual, ginecológica e o resultado do teste de Schiller

A associação entre as variáveis vida sexual, ginecológica e o resultado do teste de Schiller das mulheres infectadas pelo HIV que fizeram parte do estudo, estão apresentadas na Tabela 7.

Entre as diferentes variáveis associadas, observou-se diferença estatística ($p=0,005$), quando associado teste de Schiller com a variável idade da primeira relação.

Tabela 7 - Associação entre variáveis da vida sexual, ginecológica e o resultado do teste de Schiller. Fortaleza-CE, 2008.

VIDA SEXUAL E GINECOLÓGICA	TESTE DE SCHILLER		p
	Negativo N(%)	Positivo N(%)	
Número de parceiros sexuais			
1 a 4	24(63,2)	14(36,8)	0,210
> 4	17(48,6)	18(51,4)	
Parceiros no último ano			
Nenhum	11(57,9)	8(42,1)	0,894
1 ou mais	32(56,1)	25(43,9)	
Parceiro fixo			
Sim	28(54,9)	23(45,1)	0,674
Não	15(60,0)	10(40,0)	
Mora com o parceiro			
Sim	18(54,5)	15(45,5)	0,945
Não	10(55,6)	8(44,4)	
Tempo de relação com parceiro fixo (anos)			
≤ 5	6(50,0)	6(50,0)	0,696
> 5	22(56,4)	17(43,6)	
Uso de preservativo			
Sim	24(55,8)	19(44,2)	1,000 [£]
Não	4(50,0)	4(50,0)	
Tempo da última prevenção do câncer de colo (anos)			
≤ 1	22(64,7)	12(35,3)	0,247
≥ 2	20(51,3)	19(48,7)	
Coitarca			
≤ 19 anos	28(47,5)	31(52,5)	0,005 [£]
> 19anos	14(87,5)	2(12,5)	

£ teste exato de Fisher

Caracterização da associação entre as variáveis da vida sexual, ginecológica e atipias em células escamosas.

A Tabela 8 apresenta a associação entre as variáveis da vida sexual, ginecológica e atipias em células escamosas das mulheres infectadas pelo HIV que fizeram parte do estudo. Ao se analisar as variáveis, foi observado significância estatística na associação entre as variáveis atipias em células escamosas e número de parceiros ($p=0,021$), atipias em células escamosas e coitarca ($p=0,003$), atipias em células escamosas e teste de iodo negativo ($p=0,008$) e atipias em células escamosas e teste de Schiller positivo ($p=0,008$).

Tabela 8 - Associação entre variáveis da vida sexual, ginecológica e atipias em células escamosas. Fortaleza-CE, 2008

VIDA SEXUAL E GINECOLÓGICA	ATIPIA EM CÉLULAS ESCAMOSAS		<i>p</i>
	SIM N (%)	NÃO N (%)	
Número de parceiros sexuais			
1 a 4	2(5,3)	36(94,7)	0,021[£]
> 4	9(25,7)	26(74,3)	
Parceiros no último ano			
Nenhum	2(10,5)	17(89,5)	0,720
1 ou mais	9(15,8)	48(84,2)	
Parceiro fixo			
Sim	8(15,7)	43(84,3)	1,000 [£]
Não	3(12,0)	22(88,0)	
Mora com o parceiro			
Sim	4(12,1)	29(87,9)	0,430 [£]
Não	4(22,2)	14(77,8)	
Tempo de relação com parceiro fixo (em anos)			
≤ 5	2(16,7)	10(83,3)	1,000 [£]
> 5	6(15,4)	33(84,6)	
Uso de preservativo			
Sim	7(16,3)	36(83,7)	1,000 [£]
Não	1(12,5)	7(87,5)	
Tempo da última prevenção do câncer de colo (em anos)			
≤ 1	5(14,7)	29(85,3)	1,000 [£]
2 ou mais	5(12,8)	34(87,20)	
História de câncer na família			
Sim	4(12,1)	29(87,9)	0,527 [£]
Não	7(18,4)	31(81,6)	
Coitarca			
≤ 19	10(27,0)	27(73,0)	0,003[£]
> 19	1(2,6)	37(97,4)	
História de DST			
Sim	7(22,6)	24(77,4)	0,167 [£]
Não	3(8,1)	34(91,9)	
Presença de condiloma			
Sim	3(21,4)	11(78,6)	0,415 [£]
Não	8(12,9)	54(87,1)	
Teste do iodo			
Negativo	9(27,3)	24(72,7)	0,008[£]
Positivo	2(4,7)	41(95,3)	
Teste de Schiller			
Negativo	2(4,7)	41(95,3)	0,008[£]
Positivo	9(27,3)	24(72,7)	

£ Teste Exato de Fisher

Caracterização da associação entre as variáveis TCD4, teste de iodo, ocorrência de DST e atipias em células escamosas

Na Tabela 9, apresenta-se a associação entre as variáveis TCD4, teste de iodo, ocorrência de DST e atipias em células escamosas das mulheres infectadas pelo HIV que fizeram parte do estudo.

A associação entre TCD4, atipias de células escamosas e teste de iodo foi estatisticamente significativa ($p=0,028$) e ($p= 0,030$), respectivamente. Demonstrando maior vulnerabilidade de alteração do colo do útero mediante a diminuição da contagem dos linfócitos TCD4.

Tabela 9 - Associação entre resultado de células T CD4, atipias em células escamosas e teste do iodo. Fortaleza-CE, 2008

Variáveis	Contagem de células T CD4			P*
	< 200 mm ³	200-500 mm ³	>500 mm ³	
Atipias				
Sim	3 (30,0)	6 (18,2)	1 (3,70)	0,028
Não	7 (70,0)	15 (81,8)	26 (96,3)	
Teste do iodo				
Negativo	7 (70,0)	18 (54,5)	9 (33,3)	0,030
Positivo	3 (30,0)	15 (45,5)	18 (66,7)	

*Teste de tendência linear

5.2 Marcadores de vulnerabilidade para câncer de colo em mulheres infectadas pelo HIV

O Quadro 1 apresenta os marcadores de vulnerabilidade apreendidos pela análise das condições e características associadas à vulnerabilidade para o câncer de colo das 76 mulheres que fizeram parte dessa pesquisa, classificados nas dimensões individual (características pessoais e relacionais, conhecimentos e significados e impacto do

diagnóstico), programática (estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde e operacionalização das ações) e social (condições materiais de existência, ideologia e cultura).

Esclareceram-se alguns aspectos do processo de realização para a indicação dos marcadores. O desenvolvimento de tal processo foi conduzido, desde a busca bibliográfica inicial até a redação final da pesquisa. As diferentes observações se apresentavam para a pesquisadora como interrogações sobre os diversos aspectos de prevenção para o câncer ginecológico entre as mulheres infectadas pelo HIV. Dessa forma, foi preocupação constante buscar compreender e articular os significados dessas dimensões para assim poder informá-las.

Atentou-se para as considerações e as necessidades de construir ao máximo as situações para cada dimensão a fim de refletir resultados úteis ao contexto das mulheres com infecção de uma região do Nordeste brasileiro. Ainda, tomou-se ciência do papel da avaliação, para além de construir as dimensões, mas de desvendar, desvelar oportunidades de melhoria dos serviços e apontar caminhos para a promoção da saúde das mulheres que vivem com HIV/Aids.

Tratou-se não apenas da captação de dados de maneira estruturada, mas também se aplicam as observações do pesquisador pautadas nas informações abertas e no poder de apreensão utilizado para abstrair todas as circunstâncias que envolviam a prevenção do câncer de colo. Formalizar as dimensões é mais do que indicar resultados, é registrar a compreensão das articulações que envolvem o cotidiano das mulheres infectadas pelo HIV, utilizando-se o conceito de vulnerabilidade.

Quadro 1 - Marcadores de vulnerabilidade ao câncer de colo do útero das mulheres infectadas pelo HIV. Fortaleza-CE, 2008.

DIMENSÕES		
INDIVIDUAL	PROGRAMÁTICA	SOCIAL
<p>Conhecimentos e significados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento incorreto e insuficiente sobre a realização do exame preventivo - Não reconhecimento de sua vulnerabilidade ao câncer de colo -Desconhecimento da associação entre imunossupressão e câncer de colo - Não possui frequência de rastreamento para câncer de colo -Tempo inadequado de realização do exame -Não realização do exame pós-saber infectada pelo HIV -Ter medo de encontrar pessoas conhecidas no serviço de saúde <p>Características pessoais e relacionais</p> <ul style="list-style-type: none"> -Baixa escolaridade -Atividade laboral remunerada escassa -Renda familiar baixa -Situação socioeconômica baixa -Uso inconstante de preservativos com parceiro fixo, casual e comercial -Aquisição de outras DST <p>Impacto do diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Negligência da avaliação para diagnóstico e controle do câncer do colo. 	<p>Estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> -Disponibilidade irregular de serviço para realização do exame de câncer do colo -Ausência do serviço/equipe de ginecologia em hospital de referência -Desarticulação com outros serviços de saúde (serviço de doenças infecciosas e os serviços de referência em câncer de colo de útero) -Inexistência de protocolo de acompanhamento citológico de mulheres com HIV/Aids -Divulgação insuficiente sobre a importância do exame de Papanicolaou -Acesso difícil e desarticulado para os atendimentos nas unidades de saúde -Ausência de atividades de educação em saúde para prevenção do câncer de colo. - Ausência de atividades de promoção da saúde na vigência da infecção pelo HIV <p>Operacionalização das ações</p> <ul style="list-style-type: none"> -Encaminhamento irregular das mulheres ao exame preventivo por parte dos profissionais de saúde -Predisposição para um possível diagnóstico tardio do câncer de colo -Orientações e encaminhamentos insuficientes para serviço especializado em prevenção do câncer de colo -Intervenção restrita à clínica e não aos determinantes dos comportamentos dos usuários -Concepção inadequada dos profissionais sobre a prevenção do câncer do colo do útero -Estrutura física inadequada para as mulheres compartilharem seus sentimentos -Desconhecimento de outras necessidades e problemas de saúde decorrentes ou não da Aids, tais como o câncer de colo, que extrapolam as características biológicas e clínicas. 	<p>Condições materiais de existência</p> <ul style="list-style-type: none"> -Condições insuficientes para se viver cotidianamente uma vida mais saudável -Existência e acesso insuficiente aos equipamentos sociais <p>Ideologia e Cultura</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gênero

5 DISCUSSÃO

Com o objetivo de oportunizar uma discussão mais ampla sobre os diferentes resultados encontrados entre as mulheres infectadas pelo HIV, procurou-se apresentar as vulnerabilidades existentes entre essas mulheres que, espontaneamente, procuram realizar o Papanicolaou, promulgando-se uma conclusão do fenômeno estudado.

Estudos conduzidos com mulheres infectadas pelo HIV permitem uma comparação entre os achados, uma vez que as situações de vulnerabilidade estão presentes e podem variar de forma pronunciada na vida da mulher. Portanto, este estudo poderá contribuir para a gestão em saúde e para o fortalecimento das políticas públicas existentes direcionadas aos portadores de HIV, em Fortaleza, Ceará.

Caracterização sociodemográfica

Como observado, na América do Sul, especificamente no Chile, as mulheres infectadas pelo HIV apresentavam média de idade de 34,2 anos, em 2008 (MORALES; BARREDA, 2008). Já na África Sub-Saariana, a contaminação com o HIV é cada vez mais precoce na vida das mulheres. Cerca de três a cada quatro pessoas jovens infectadas pelo HIV são do sexo feminino e estão entre 15 e 24 anos (BRASIL, 2007; HEIKINHEIMO; LAHTEENMAKI, 2009). Neste mesmo continente, em Lusaka - Zambia, estudo conduzido buscando-se avaliar a prevalência de células escamosas na cérvix de mulheres infectadas pelo HIV apresentou idades entre 23 e 49 anos com média de 36 anos. Provavelmente, por ser estudo de intervenção, as idades tenham sido mais elevadas, mas se aproximando da realidade mundial e em especial da brasileira (PARHAM *et al.*, 2006).

As mulheres infectadas pelo HIV no Brasil e no mundo encontram-se em fase adulto jovem. A faixa etária das mulheres brasileiras infectadas pelo HIV, no período de 1980 a 2007, ocorreu entre as idades 25 a 49 anos (BRASIL, 2008). Já no estado do Ceará, Brasil, as idades mais acometidas foram de pessoas entre 20 e 39 anos, representando 70% dos casos (SESA, 2008).

Embora a infecção se apresente em mulheres com faixas etárias mais jovens, observa-se ocorrência de casos em pessoas com idade mais avançada. No presente estudo, foi averiguado um caso de mulher com idade superior a 60 anos.

Em relação à procedência, verificou-se que 86,8% das mulheres eram provenientes da cidade de Fortaleza e as demais, do interior do estado. Concomitante ao aumento de mulheres infectadas pelo HIV, notou-se aumento progressivo do número de municípios brasileiros com pelo menos um caso de aids em mulheres, atribuído ao fenômeno de interiorização. Como indica o MS, a epidemia da aids vem progressivamente se interiorizando, atingindo municípios distantes dos grandes centros e com número de população menor, além de pessoas em situação de pobreza (BRASIL, 2007).

O crescimento substancial de casos de HIV/aids em mulheres nos municípios do Ceará, principalmente nos de pequenos portes e com desenvolvimentos precários de escolaridade e renda, é fator preocupante, em função da dificuldade nos cuidados à saúde das mulheres. Isso pode prejudicar a realização do exame de prevenção do câncer de colo por vários motivos, como: falta de recursos sociais e econômicos, distância e dificuldades de agendamento do exame no próprio município, falta de esclarecimento da necessidade de um controle maior de realização do exame preventivo mediante o diagnóstico de HIV, entre outros.

Especificamente, nos estados do Nordeste, a população tem dificuldade de acesso aos grandes centros urbanos. No Ceará, a Secretaria de Saúde do estado, aponta que um dos motivos da dificuldade de transporte de uma localidade a outra é fator de reduzida procura por atendimento em saúde. E, ainda, a demora do diagnóstico de HIV relaciona-se à dificuldade de acesso aos serviços de saúde (SESA, 2008).

Todos os motivos relacionados podem interferir de forma significativa na detecção precoce do câncer de colo, tornando as mulheres mais vulneráveis. Portanto, é necessário reconhecer as necessidades dessa população a fim de que sejam implementadas estratégias de saúde voltadas para a realização do exame de prevenção do câncer de colo em mulheres infectadas pelo HIV, garantindo assim o acesso à saúde e o que se determina no Programa Nacional de DST e aids no referente à prevenção do câncer.

O grau de escolaridade pode revelar o acesso a um ambiente formador. Esse acesso à escola pode propiciar à mulher mais informações, melhor entendimento sobre a epidemia e com isso maiores possibilidades de trabalhar a prevenção, ação essencial diante da infecção pelo HIV.

Em relação ao grau de instrução das mulheres ora estudadas, 65,8% informaram ter cursado até o ensino fundamental e 7,9% disseram-se analfabetas. Esse achado corrobora com a realidade observada no País. O MS mostra que 52% dos casos de HIV/aids em mulheres ocorrem justamente entre aquelas que não têm nenhuma escolaridade e entre

aquelas que não concluíram a primeira etapa do ensino fundamental (com 1 a 3 anos de estudos, 29% e com 4 a 7 anos de estudo, 19%) (BRASIL, 2007).

O nível de escolaridade da clientela sugere menor acesso à informação sobre cuidados de saúde, fato que também pode repercutir diretamente na demanda pelos exames preventivos de câncer de colo. Infere-se, então, que grupos de mulheres com baixa ou nenhuma escolaridade apresentam menos índice de cobertura de realização do exame (GAMARRA, 2005; AMORIN; BARROS; CÉSAR, *et al.*, 2006; CRUZ; LOUREIRO, 2008).

Portanto, esse fato indica que o nível de escolaridade é a variável sociodemográfica mais importante para avaliar a vulnerabilidade das mulheres para a aquisição de DST/HIV e outras doenças oportunistas para HIV, uma vez que o risco derivado desta vulnerabilidade é proporcional à falta de acesso à educação (MORALES; BARREDA, 2008).

Ainda há relatos que a falta de informação adequada é uma variável influente que dificulta a própria gerência da mulher quanto ao seu risco pessoal de contrair qualquer doença. Estudos são enfáticos ao apresentarem a relação escolaridade & DST & iniciação sexual. Observa-se que quanto maior o nível educacional menor o risco de contrair HIV e outras enfermidades de transmissão sexual. E, ainda, o maior nível educacional retarda a iniciação sexual, pois esses indivíduos detêm maior informação sobre as DST e HIV (MAVALA, 2006; CRUZ; LOUREIRO, 2008; FERREIRA, 2008).

O baixo nível de escolaridade, além de maior risco para contrair o HIV ou de possibilitar a reinfecção pelo HIV, dificulta a compreensão da abordagem terapêutica e a percepção que a mulher tem de sua saúde, desfavorecendo a prática do autocuidado. Assim, há possibilidade de desenvolvimento ou aquisição de infecções oportunistas, principalmente as DST, que podem sobrepujar precocemente o desenvolvimento do câncer do colo do útero.

A classificação socioeconômica adotada no estudo foi o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), ou simplesmente Critério Brasil, que analisa a população em categorias segundo padrões ou potenciais de consumo, mediante escala socioeconômica por intermédio da atribuição de pesos a um conjunto de itens como conforto doméstico e nível de escolaridade do chefe de família (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA - ABEP, 2003).

Com relação aos aspectos socioeconômicos, a maioria das mulheres estava incluída entre as classes econômicas indicativas de situação de pobreza (classes D e E), também conhecida como “classe baixa”, além de apresentar rendimento familiar entre um e quatro salários mínimos. A renda tem sido apontada pelo CCEB como um indicador que

específica, principalmente, o acesso do indivíduo aos bens materiais, incluindo a importância do acesso aos serviços e sistemas de saúde (ABEP, 2003).

Tanto no Brasil quanto em outros países em desenvolvimento, a pobreza é apontada como um dos contextos estruturais da vulnerabilidade para as doenças sexualmente transmissíveis e, conseqüentemente, para o câncer de colo do útero. Dada a existência de grandes desigualdades sociais, afirma-se que a epidemia da aids se dissemina cada vez mais entre os mais pobres e de menor nível de escolaridade, existindo maior risco de ocorrer a infecção pelo HIV neste segmento e entre mulheres (BRASIL, 2007).

Os dados obtidos, neste estudo, corroboraram com essas circunstâncias, onde a renda das mulheres infectadas pelo HIV é escassa. As dificuldades financeiras dessas mulheres apontam para a marginalização econômica, implicando em menor acesso aos bens de consumo e a serviços essenciais de saúde, propiciando maior vulnerabilidade ao desenvolvimento do câncer de colo. Essa situação é semelhante ao registrado por diferentes pesquisadores que endossam a afirmativa de marginalização econômica (MBIZVO *et al.*, 2005; BARROSO; CARVALHO; GALVÃO, 2006; MORALES; BARREDA, 2008).

Quanto à situação ocupacional de trabalho, metade das mulheres entrevistadas não desenvolvia trabalho fora de casa. No entanto, há de se reforçar que a renda restrita e a pouca escolaridade das mulheres infectadas pelo HIV torna-se uma preocupação a mais para o enfrentamento da doença, confirmando-se a situação de pauperização das mulheres estudadas, fenômeno observado, também, no País. Tal situação confirma, ainda, a situação de vulnerabilidade dessas mulheres, em função do acentuado empobrecimento, que as expõe à marginalização social.

Mulheres que trabalham fora de casa apresentam proporções mais elevadas de atitude adequada em face do exame de Papanicolaou, ou seja, para elas, há necessidade de fazer o exame periodicamente. Ressalta-se que as mulheres que trabalham exclusivamente em casa apresentam menos autonomia para tomar decisões relativas à saúde. Enquanto que aquelas que trabalham fora de casa com mais anos de escolaridade têm maior acesso à informação, principalmente nos contatos com outras trabalhadoras, fato que pode estimular práticas preventivas de saúde, apresentando menos vulnerabilidade para o desenvolvimento de doenças (GAMARRA, 2005; SILVA, 2006; MORALES; BARREDA, 2008; CHIJOKE *et al.*, 2009).

Pelo exposto, notou-se influência do nível de escolaridade e da situação ocupacional na aquisição de informações, no entendimento e no conhecimento da vulnerabilidade para o câncer de colo do útero em mulheres infectadas pelo HIV.

A atividade religiosa tem sido uma estratégia para lidar com o HIV/aids nos seus diferentes contextos da doença. A religião promove no indivíduo sensação de conforto e proteção para enfrentar o cotidiano (SEIDL, 2005). Estudo com pessoas infectadas pelo HIV mostrou que quanto maior era o engajamento com a religiosidade, melhor era a qualidade de vida, e os indivíduos estavam pouco preocupados com questões referentes à morte e ao processo de morrer (SEIDL, 2005; MEDEIROS, 2006; FARIA; SEIDL, 2006; MEDEIROS; SILVA; SALDANDA, 2008; OLIVEIRA; LIMA; SALDANHA, 2008)

No presente estudo, 94,7% das mulheres referiram alguma religião. Depreende-se do exposto que a religião promove apoio para todas as adversidades da vida, inclusive diante do HIV/aids.

De forma semelhante, ao investigar a religiosidade na área oncológica, estudo também demonstrou que a religiosidade se constitui uma importante estratégia de enfrentamento e suporte emocional, tanto para os profissionais de saúde como para as pessoas. Nesta relação entre religião e doença foi percebida a importância da crença religiosa nos profissionais e pacientes, onde é relatado que o momento crítico representado pelo câncer aproxima os pacientes da crença em algo superior às suas vidas, fato que os ajuda no processo de cura e de aceitação da doença (TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2007).

A atividade religiosa vivenciada pelos indivíduos, de forma geral, constitui-se uma ferramenta importante, em virtude de possibilitar uma maior compreensão acerca da estrutura psicológica dos sujeitos e de suas maneiras de agir em sociedade, reconhecendo-se, dessa forma, o seu valor no favorecimento, ou não, de saúde do ser humano (MEDEIROS; SILVA; SALDANDA, 2008).

Portanto, no caso de doenças que ainda não têm cura, como a aids, a religiosidade se apresenta como estratégia para minimizar o sofrimento, melhorar o enfrentamento da doença, apoio emocional e conseqüentemente maior percepção de cuidado com o corpo.

Mediante os dados sociodemográficos fornecidos, torna-se evidente que o grau de instrução/escolaridade expressa diferenças entre pessoas em termos de acesso à informação e perspectivas e possibilidades de se beneficiar de novos conhecimentos. A renda representa antes de tudo o acesso aos bens materiais, inclusive aos serviços de saúde; e o *status* ocupacional inclui esses dois aspectos, além dos benefícios adquiridos em algumas profissões, tais como prestígio, privilégios e poder (FONSECA *et al.*, 2000; RICCI *et al.*, 2007).

Segundo Ayres *et al.* (2008), a vida dos indivíduos na sociedade está sempre mediada pelos indultos sociais, tais como a escolaridade, fato que acarreta marcadores de vulnerabilidade individual, social e programática na vida da população. Neste estudo, notou-

se a grande influência do nível de escolaridade, da situação de trabalho e da renda na aquisição de informações, no entendimento e no conhecimento de vulnerabilidade ao câncer de colo do útero em mulheres infectadas pelo HIV, tendo em vista, também, a condição de imunodepressão já existente.

Desse modo, as características sociodemográficas das mulheres apresentaram diversos marcadores de vulnerabilidade, os quais podem ser sanados com o aumento no acesso às informações sobre os agravos à saúde, assim como, das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde no momento da consulta. De fato, conhecer o perfil epidemiológico das mulheres contribui sobremaneira para intervenções e indicações de estratégias preventivas mais adequadas para prevenção de câncer e situações de vulnerabilidade a que estão expostas.

Condições relacionadas à doença

O universo de pessoas infectadas pelo HIV apresenta tendência ascendente de disseminação entre mulheres, principalmente entre aquelas pertencentes aos estratos sociais considerados de baixa renda e que têm relação estável com os parceiros sexuais, em geral, o marido ou companheiro (SOUSA; ESPÍRITO SANTO; MOTTA, 2008).

Os estudos mostram que as mulheres infectadas pelo HIV têm a via sexual como a maior responsável pela aquisição da doença, tendo sido estimada como responsável por 75% das novas infecções entre homens e mulheres nos Estados Unidos. No Brasil, de 1980 até 2007, foram identificados 314.294 casos de aids no sexo masculino e 159.793 no sexo feminino. Ao longo desse período, observou-se tendência de crescimento proporcional da subcategoria de exposição heterossexual, estabilização entre homo/bissexuais e redução entre os usuários de drogas injetáveis (BRASIL, 2007). No Ceará, a razão de sexo entre indivíduos com Aids passou de 11 homens para 1 mulher, em 1987, para 2:1, em 2007, confirmando o crescimento da epidemia entre as mulheres (SESA, 2009).

A tendência à estabilização da aids no Brasil torna-se evidente com a heterossexualização e a feminização da epidemia observadas no País, associadas ao aumento da incidência entre populações mais vulneráveis socioeconomicamente, corroborando com outras pesquisas (BRASIL, 2006; SIMON; KARIM, 2006; MORALES; BARREDA, 2008; HEIKINHEIMO; LAHTEENMAKI, 2009).

A heterossexualização, em termos mundiais, corrobora com os achados do presente estudo. Observa-se, no entanto, que a disseminação da aids revela a capacidade de alcançar todas as pessoas que adotam comportamento de risco, mantendo relações sexuais

sem preservativo ou compartilhando seringas durante uso de drogas injetáveis. Enfatiza-se aqui que as denominações promulgadas durante a epidemia de grupos de risco e comportamento de risco não se mostraram suficientes para explicar as mudanças ocorridas na trajetória da doença.

A situação de comprometimento de mulheres impulsionou a reflexão acerca da vulnerabilidade em relação à infecção de doenças oportunistas e de outras DST, que pudesse favorecer o desenvolvimento do câncer de colo do útero. É justamente em face desse processo de mudança da epidemia que a comunidade científica e os diferentes profissionais da equipe de saúde necessitam estar atentos para incentivar e oportunizar a realização do exame de prevenção do câncer do colo do útero, enfatizando, ainda, a prevenção de outras doenças, promovendo saúde, melhorando a sobrevida e a qualidade de vida das mulheres.

A terapia antirretroviral (TARV) é considerada um divisor da história da epidemia da aids, em função de prolongar a vida dos portadores de HIV. A introdução da TARV tem estabilizado o cuidado com pessoas vivendo com HIV/aids, contribuindo significativamente na redução da morbimortalidade, transformando a aids em uma doença crônica (SIDAT; FAIRLEY; GRIERSON, 2007).

Pesquisas que estudaram indivíduos em uso e não da TARV concluíram que pacientes que conseguiram chegar ao esquema terapêutico apresentaram uma sobrevida bastante superior aos demais pacientes: 85,5 meses. Aqueles que utilizaram pelo menos um ou dois antirretrovirais apresentaram tempos de sobrevida significativamente superiores a quem não utilizou nenhum desses medicamentos (MARINS *et al.*, 2003; HOFFMANN *et al.*, 2004; MARINS; JANAL; SANNY; BARROS; HUDES *et al.*, 2003; HOFFMANN; CHOW; WOLF; *et al.*, 2004; SIGNORINI, 2004).

Estudo desenvolvido em Taiwan com mulheres demonstrou uma redução de 53% em novos casos de HIV com a introdução da TARV, levando alguns autores a propor a ampliação de acesso ao tratamento como uma das estratégias para controle da epidemia, bem como, a limitação de outras doenças oportunistas como o câncer de colo do útero em mulheres infectadas pelo HIV (STIER, 2003; FANG; HSU; TWU *et al.*, 2004; MONTANER *et al.*, 2006).

Na França, estudo realizado com 121 mulheres soropositivas, tratadas com TARV, demonstrou efeito protetor para recorrência de neoplasia cervical, inclusive para as lesões intraepiteliais cervicais de alto grau (MONINI; SGADAI; TOSHI; BARILLARI *et al.*, 2004). E, ainda, outro estudo demonstrou que o uso da terapia antirretroviral reduziu o risco de neoplasia em função de restaurar a imunidade (PIKETTY; KAZATCHKINE, 2005).

No Brasil, estudo realizado no Rio de Janeiro referiu associação entre a utilização da TARV e redução da detecção do HIV no lavado cérvico-vaginal de mulheres infectadas pelo HIV de 91% (antes da introdução da TARV) para 27% após um mês de tratamento. Os autores ainda indicam que os medicamentos reduziram as concentrações de HIV no trato genital masculino e feminino (VETTORE *et al.*, 2006).

Diante disso, o uso da terapia medicamentosa específica impede a progressão das neoplasias cervicais, por meio da melhoria da função imunológica fazendo com que as mulheres infectadas pelo HIV possam ter alteração cervical mais limitada quando acometidas pelo câncer, tendo maior probabilidade de regressão dessas alterações como também o não desenvolvimento de displasia cervical.

Em função do exposto, torna-se, então, fundamental promover junto às pacientes, a prática do autocuidado, bem como, a importância da adesão ao tratamento medicamentoso a fim de que as mulheres possam ter sua imunidade restabelecida e assim promover melhora na qualidade de vida, reduzindo-se a vulnerabilidade ao desenvolvimento do câncer de colo do útero.

Um marcador para avaliação da progressão da aids é a contagem de linfócitos TCD4+, que indica o estado de imunocompetência do hospedeiro. Assim, a mensuração dos TCD4+ está associada com um crescente risco para uma variedade de doenças oportunistas, incluindo HPV e outras alterações ginecológicas (WILLIAMS, 2003; HARRIS *et al.*, 2005; NICOL; FERNANDES; ALMEIDA, 2005).

Pesquisa mostrou que mulheres com contagem TCD4+ abaixo de 200 células/mm³ tiveram maior suscetibilidade para o desenvolvimento de doenças oportunistas, apresentando com maior frequência infecção por HPV de alto risco oncogênico. Esse dado revela que a imunossupressão favorece infecções cervicais por este tipo de HPV clinicamente expresso pelas neoplasias intraepiteliais em mulheres soropositivas, estabelecendo-se, então, que o risco para NIC é 16 vezes maior nesse grupo do que em mulheres soronegativas (BAILLARGEON; POLLOCK; GÃO, 2004; MASSAD, 2004; PARHAM, 2006; RIVA, 2007).

Pesquisa com 273 mulheres infectadas pelo HIV nas diferentes regiões do Brasil detectou que a prevalência de infecção pelo HPV, diagnosticada através da captura híbrida, foi de 50,9%. Destas, 92% estavam infectadas por tipos de alto risco oncogênico ou de risco intermediário. A prevalência da infecção pelo HPV aumenta na medida em que ocorre progressão do dano imunológico associado com a infecção pelo HIV (RACHID; SCHECHTER, 2005). Esse fato mais uma vez corrobora com a necessidade de se avaliar as

condições de imunidade e os aspectos ginecológicos, especialmente a prevenção de câncer de colo do útero.

Segundo dados da OMS na África do Sul mulheres portadoras de HIV com contagens de células CD4 abaixo de 200 são mais prováveis de desenvolver a doença ainda em estágio de diagnóstico inicial do que mulheres HIV-negativas, além do que mulheres com doença avançada do HIV podem também ter uma resposta menos eficaz ao tratamento (WHO, 2006).

Tal fato condiz com o aumento das alterações citológicas cervicais em frequência e gravidade com a progressão da imunodeficiência. Há vários estudos que indicam que a imunossupressão associada com a infecção pelo HIV acelera ou modifica o curso clínico da doença cervical causada pelo HPV. A progressão das lesões de alto grau para lesão neoplásica invasiva pode levar vários anos, significando que as pacientes infectadas pelo HIV teriam falecido por outras complicações da infecção, antes que a lesão de alto grau tivesse tempo de progredir para lesão invasiva. Esse fato talvez possa explicar porque a elevada prevalência de células precursoras ainda não tenha alcançado um aumento proporcional dos casos de câncer cervical nestas mulheres (WILLIAMS, 2003; HARRIS *et al.*, 2005; NICOL; FERNANDES; ALMEIDA, 2005; PARHAM, 2006; RIVA, 2007).

O estado imunológico é um dos cofatores de primordial importância para o acompanhamento de alterações ginecológicas em mulheres infectadas pelo HIV, visto que, nas pacientes imunodeprimidas, a carcinogênese genital induzida pelo HPV se estabelece de maneira súbita em relação àquelas imunocompetentes. A associação entre a gravidade da neoplasia intraepitelial cervical e a imunossupressão torna a mulher infectada pelo HIV vulnerável ao desenvolvimento do câncer de colo do útero. Entretanto, a vigilância em saúde pode auxiliar na detecção precoce de alterações ginecológicas, a fim de que as mulheres além de maior sobrevivência possam também ter maior qualidade de vida.

Quanto à frequência de consulta ao infectologista, observou-se que a maioria das mulheres ia às consultas entre um e três meses, com maior ênfase nas consultas trimestrais, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). A consulta de avaliação trimestral deve ser realizada a fim de que os pacientes sejam acompanhados com maior critério de avaliação em todos os aspectos clínicos e laboratoriais, visando ao controle de doenças oportunistas, entre elas, o câncer de colo do útero. Na ocasião das consultas deve ser estimulada a realização do exame de Papanicolaou, para que a prevenção possa ser estabelecida com vistas à promoção da saúde e melhora na qualidade de vida das mulheres infectadas pelo HIV.

Condições relacionadas à vida sexual geral

Referente ao comportamento sexual, o fator de desencadeamento da infecção pelo HIV referiu-se à vulnerabilidade em relação aos parceiros sexuais, decorrente da falta de proteção nas relações sexuais, tanto com parceiros fixos, como eventuais e também do envolvimento com a prostituição.

Questões de gênero, bem como, desigualdade de renda e vulnerabilidade social são fatores que podem interferir tanto na aquisição de informações, como na tomada de decisões para a prevenção do HIV e outras DST. Observa-se, em outros estudos, que os comportamentos preventivos, mesmo conhecidos pelas mulheres, não são praticados na maioria das situações (MAIA; GUILHERM; FREITAS, 2008; ANORLU, 2008).

Diferentes aspectos indicam que as mulheres são vulneráveis ao HIV. A posição social e econômica que ocupam na sociedade dificulta a negociação do uso do preservativo, o falar sobre sexualidade e, em muitos casos, a abolição de comportamentos sexuais que coloquem suas vidas em vulnerabilidade para aquisição de outras doenças oportunistas. Além disso, as mulheres já contaminadas pelo HIV encontram-se, muitas vezes, vulneráveis à coinfeção com outras DST e possivelmente desenvolvem alterações no colo do útero que se não tratadas adequadamente levam ao câncer.

Portanto, são considerados fatores fundamentais na determinação da vulnerabilidade ao câncer de colo do útero o acesso à informação e aos serviços sociais e de saúde, as relações de gênero e as atitudes diante da sexualidade, entre outros determinantes (BRASIL, 2005).

Dentre as medidas preventivas, o uso do preservativo é um fator importante, pois impede a reinfecção pelo HIV e a aquisição de outras DST, além de permitir o controle da gravidez não desejada. Ao se investigar o uso dessa medida, observou-se que grande percentual das mulheres fazia uso com seu parceiro fixo, talvez pelo fato de a mulher ter cuidado com a saúde de seus parceiros, os quais, na sua maioria, eram HIV negativos e, ainda, 9,8% dos parceiros não tinham conhecimento de sua sorologia. Esse achado reforça a importância da manutenção da educação em saúde enfatizando a necessidade do uso constante do preservativo.

Atualmente é sabido que os preservativos masculino e feminino são os métodos de barreira comprovados que reduzem as chances de transmissão do HIV nas relações sexuais. Pesquisa aponta que o uso consistente de preservativos masculinos reduziu em até 80% o risco de transmissão do HIV entre casais sorodiscordantes ao HIV (CATES, 2005).

Dada a eficácia dessa prática na prevenção da transmissão sexual, o uso ocasional de preservativos tem sido associado com um risco aumentado de transmissão pelo HIV. Estudos realizados em diferentes continentes em relação à taxa do uso do preservativo indicam que, na África, apenas 10% das mulheres utilizam o preservativo masculino com seus parceiros, tornando-se vulneráveis tanto à aquisição de HIV como de outras doenças oportunistas como o câncer de colo do útero (MORRISON *et al.*, 2007; MYER *et al.*, 2007).

Historicamente, o uso do preservativo esteve associado à prostituição, promiscuidade e relações extraconjugais, restringindo seu uso rotineiro. A mulher torna-se mais vulnerável ao HIV não só por questões anatômicas, mas também, devido à sua posição social e econômica na sociedade, impedindo-a de negociar o uso do preservativo, discutir fidelidade e abandonar relações que a coloquem em risco (MAIA, 2008).

Nesses aspectos, observaram-se situações que conduzem a mulher à vulnerabilidade de reinfecção pelo HIV e outras DST no presente estudo. Os comportamentos preventivos como o uso do preservativo, mesmo conhecidos pelos sujeitos, não são praticados na maioria das situações, principalmente nas relações não estáveis. Apesar de o estudo mostrar alto índice de uso de preservativo entre os casais estáveis, tem-se que a maioria contaminou-se pelo parceiro atual ou pelo parceiro anterior, ressaltando que das 76 mulheres infectadas pelo HIV, 68,4% tinham união estável.

Condições ginecológicas

No presente estudo, um aspecto que chamou a atenção foi a demora no tempo de realização do último exame de Papanicolaou pós-diagnóstico de HIV pelas mulheres, que ocorreu num período entre dois e cinco anos ou ainda a não realização do exame (31,6%). Quase metade das mulheres também não tinha definição da frequência de realização do exame pós saber-se soropositiva para o HIV e 3,9% nunca tinham realizado tal procedimento. Essa situação é indicativa de que os serviços não têm priorizado um acompanhamento de saúde integral e não seguem o que se preconiza no protocolo de atenção ao HIV/aids do Ministério da Saúde.

Os resultados aqui demonstrados mostram-se relevantes, já que há necessidade de divulgar a importância de conscientização e sensibilização tanto das mulheres infectadas pelo HIV, quanto dos profissionais de saúde e entidades afins, para o incentivo da realização do exame de prevenção do câncer do colo do útero a partir de um seguimento de controle e acompanhamento de qualidade.

Segundo protocolos de rastreamento para câncer de colo em mulheres infectadas pelo HIV, o exame de Papanicolaou deve ser oferecido no início do acompanhamento, repetindo seis meses após e, então, anualmente, se for normal. Deve ser repetido em intervalos menores se o exame prévio apresentar-se alterado, se história prévia de infecção pelo HPV, após tratamento específico das lesões diagnosticadas e estado avançado de imunodeficiência com $TCD^{4+} < 200$ células/mm³. No caso de detecção das atipias, as mulheres devem ser submetidas à colposcopia (WHO, 2006a; CDC, 2006; RACHID; SCHECHTER, 2000; RACHID; SCHECHTER, 2005).

Ademais, a realização do exame preventivo tem sido reconhecido mundialmente como uma estratégia segura e eficiente para a detecção precoce do câncer do colo do útero na população feminina e tem modificado efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por este câncer. Já na década de 80, o Ministério da Saúde, por meio de Instituto Nacional do Câncer, realizou consenso com outros órgãos internacionais e definiu que, no Brasil, o exame colpocitopatológico deveria ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, ou que já tivesse tido relação sexual mesmo que antes dessa faixa etária, uma vez por ano e, após dois exames consecutivos negativos, a cada três anos (INCA, 2002; INCA, 2009). Entretanto, essa situação não é observada no acompanhamento das mulheres aqui estudadas.

Tal recomendação sobre o aprazamento do Papanicolaou apoia-se na observação da história natural do câncer do colo do útero, que permite a detecção precoce de lesões pré-neoplásicas e o seu tratamento oportuno, graças à lenta progressão que apresenta para doença mais grave. Este conceito é, portanto, aplicado para as mulheres imunocompetentes.

A periodicidade trienal de realização do exame citopatológico do colo do útero para mulheres imunocompetentes permanece de acordo com as recomendações dos principais programas internacionais. Vale ainda ressaltar que o câncer de colo é a principal causa de mortes por câncer entre mulheres que vivem em países em vias de desenvolvimento. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero são elevadas, constituindo-se um grave problema de saúde pública (DATASSUS, 2008).

Mulheres que deixam de realizar o exame preventivo de Papanicolaou são aquelas que apresentam baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, escassos recursos financeiros e mais jovens. Já entre as que estão certamente morrendo vítimas de câncer do colo do útero estão em evidência as mulheres de idade adulta, negras, sem companheiro, donas de casa, residentes em bairros com baixa condição de vida e atendidas na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) (THULLER, 2008; MENDONÇA, 2008).

Pelo observado, o caminho que conduz as mulheres a tornarem-se vulneráveis a outras doenças oportunistas, no caso o câncer de colo, é determinado por um conjunto de condições, dentre os quais o comportamento é um fator condicionante. Como se sugere, não há como indicar intervenções somente voltadas para o indivíduo, sem acessar os elementos externos como os políticos, econômicos, culturais e de oferta de serviço de saúde, que podem apoiar e direcionar as mulheres numa perspectiva de maior qualidade de vida (NICHATA *et al.*, 2008).

No presente estudo, ao se perguntar sobre a forma de acesso para realização do exame de prevenção do câncer de colo, encontrou-se que a maioria das mulheres utilizava o sistema de saúde público e relataram ser difícil o acesso para realização do exame preventivo. A pesquisa mostra, também, que quase a metade das mulheres não é informada pelos profissionais de saúde da necessidade de fazer o exame de prevenção do câncer de colo com maior frequência.

O Papanicolaou pode ser realizado em unidades de saúde que tenham profissionais capacitados para o procedimento (BRASIL, 2005). Mulheres com HIV/aids devem ser atendidas em qualquer serviço, sem nenhuma distinção, e em diferentes níveis de atenção, especialmente, face à necessidade de maior controle e prevenção de doenças e em decorrência de maior chance de desenvolver o câncer ginecológico, necessitam de um programa efetivo de acompanhamento e direcionamento dos casos.

É importante salientar que muitas mulheres relatam dificuldades pessoais para procurar os serviços de saúde. Estudos anteriores, com mulheres soronegativas que foram submetidas ao exame de papanicolaou, mostraram que algumas delas não tinham motivação ou tinham vergonha para procurar atendimento de saúde. Entre outros motivos foram citados: problemas relacionados à distância; dificuldades para deixar os filhos ou parentes; não poder se ausentar do trabalho; dificuldades financeiras e de transportes, má qualidade dos serviços de saúde, referentes ao exame médico, ao tempo elevado de espera para conseguir consulta, a problemas com agendamento e às consultas remarcadas por falta de profissional. Tais dificuldades desestimulam as mulheres a deixarem seus afazeres diários para se ocuparem em conseguir atendimento em saúde (BRENNAN *et al.*, 2001; MARTINS; THULER; VALENTE, 2005; BRADLEY; BARONE; MAHE *et al.*, 2005; SILVA; ANDRADE; SOARES, *et al.*, 2006; AMORIM; BARROS; CÉSAR; CARANDINA; GOLDBAUM, 2006; HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006).

As barreiras mencionadas podem excluir as mulheres de seus direitos à saúde, fato que interfere no cuidado preventivo ao câncer de colo do útero. Mediante isso, o Ministério da

Saúde admite como fatores de fundamental importância na determinação da vulnerabilidade ao HIV e outras doenças oportunistas, o acesso à informação e aos serviços sociais e de saúde, as relações de gênero, as questões de raça, as atitudes diante da sexualidade, as crenças religiosas e o nível de pobreza (BRASIL, 2005).

Esses fatos corroboram com as mesmas dificuldades em relação ao acesso para realização do exame de Papanicolaou das mulheres deste estudo, somando-se ao estigma que estas mulheres sofrem com a doença. Muitas informaram que não aderem à consulta ginecológica porque, além das dificuldades encontradas anteriormente, evitam fazer o exame nas unidades de saúde próximo de casa por vergonha e medo de serem identificadas como portadoras do vírus por outras pessoas da comunidade, o que pode gerar estigma e discriminação.

A forma inapropriada no acolhimento da população pelas unidades de saúde, a relação pouco satisfatória com os profissionais, a organização da rede e serviço de saúde e a desarticulação entre os serviços entre os diversos níveis de hierarquização da rede são fatores estreitamente associados a não adesão nos diversos seguimentos de cuidado à saúde.

Em função do exposto sobre o controle de prevenção de câncer ginecológico mediante o Papanicolaou, enfatiza-se que um programa de prevenção do câncer para ser eficaz requer um protocolo com indicações de procedimentos que conduzam a um diagnóstico completo, tratamento adequado do caso e permitam a observação e acompanhamento dos indivíduos livres da doença. Torna-se importante, então, que os gestores e profissionais de saúde favoreçam o acesso dos serviços de saúde para realização do exame Papanicolaou, oportunizando a prevenção e promoção da saúde das mulheres infectadas pelo HIV.

Em relação à idade da menarca, tem-se, que do ponto de vista biológico, o epitélio cilíndrico do colo do útero na adolescência se encontra mais exposto às doenças sexualmente transmissíveis tornando a mulher mais vulnerável a infecções genitais nesse período (STIER, 2003; TAQUETTE; VILHENA; PAULA, 2004). A precocidade da menarca encontrada, neste estudo, pode ter favorecido o início precoce da atividade sexual, fato que pode ter contribuído para que as mulheres estivessem mais vulneráveis à infecção pelo HIV, à contaminação de outras DST e, conseqüentemente, a alterações no colo do útero.

A maioria das mulheres pesquisadas tinham tido a primeira relação sexual ainda na adolescência. A média de idade da primeira relação sexual com penetração, na faixa etária entre 16 e 19 anos, no Brasil, é de 14 anos e quatro meses para os adolescentes e de 15 anos e dois meses para as adolescentes. Entre os brasileiros de 16 a 25 anos, somente 52,8% dos

homens e 35,4% das mulheres declararam utilizar sistematicamente o preservativo (CAMARGO; BOTELHO, 2007).

Entretanto, ao relacionar coitarca precoce e o não uso sistemático do preservativo, bem como pobreza, violência, exploração sexual e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, verificou-se que essas condições podem tornar as mulheres vulneráveis ao HIV e outras DST, fato que pode favorecer o desenvolvimento do câncer de colo mais precoce, principalmente nas mulheres infectadas pelo HIV.

Estudos indicam a relação entre coitarca precoce sem preservativo e multiplicidade de parceiros sexuais com o favorecimento de neoplasia escamosa (BORGES *et al.*, 2004; PUDNEY *et al.*, 2005). Vale salientar a necessidade de vigilância em saúde para mulheres infectadas pelo HIV, associando o início da atividade sexual precoce à vulnerabilidade ao câncer de colo, sendo importante que medidas de acompanhamento e controle possam ser implementadas pelos profissionais de saúde.

A infecção pelo HIV concomitante com outras doenças sexualmente transmissíveis, especialmente as que resultam em lesões genitais ulcerativas, tem emergido como um fator de risco muito significativo para o desenvolvimento do câncer de colo (GALVIN; COHEN, 2004; PUDNEY *et al.*, 2005).

As mulheres são especialmente vulneráveis às DST por características biológicas, como por exemplo: a superfície vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa, o sêmen apresenta maior concentração de HIV do que o líquido vaginal e a mucosa vaginal é frágil, principalmente em mulheres mais jovens (SILVEIRA *et al.*, 2002; KOJIC; CU-UVIN, 2007).

No presente estudo, 40,8% das mulheres infectadas pelo HIV apresentaram em algum momento da vida algum tipo de DST, sendo HPV, herpes, gonorreia e sífilis as mais citadas.

Dentre as DST, a infecção persistente por HPV oncogênico é considerada o fator de risco mais importante para o câncer cervical. A maior prevalência do HPV no colo uterino em pacientes soropositivas para o HIV e a baixa imunidade decorrente dessa infecção aumentam o risco de desenvolvimento de neoplasia intraepitelial cervical. A literatura mostra que a prevalência do HPV tem sido mais alta entre pacientes soropositivas do que entre as soronegativas (BESKOW; EMGELMARK; MAGNUSSON, 2005; PIKETTY; KAZATCHKINE, 2005; HARRIS *et al.*, 2005; CAVALCANTI; CARESTIATO, 2006; AZEVEDO, 2006; ZIMMERMANN, 2006).

Observa-se que o câncer cervical invasivo e suas lesões precursoras são as manifestações ginecológicas mais importantes da infecção pelo HPV. Entretanto, mulheres

infectadas por esse vírus são aproximadamente cinco vezes mais propensas a desenvolver lesões escamosas intraepiteliais cervicais que precedem o câncer de colo invasor. O HPV é também três vezes mais frequente, nas mulheres infectadas pelo HIV, quando comparadas a mulheres não infectadas (AZEVEDO, 2006).

Nas mulheres infectadas pelo HIV, a infecção pelo HPV foi associada, não só com maior vulnerabilidade às neoplasias intraepiteliais cervicais, mas também com uma mais rápida evolução dos graus da Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), provavelmente devido ao grau de imunossupressão. É válido afirmar que mulheres infectadas pelo HIV, mesmo sem infecção aparente pelo HPV, mas que apresentam outros fatores de risco para o câncer cervical, devem ser submetidas às avaliações ginecológicas mais detalhadas (BESKOW; EMGELMARK; MAGNUSSON, 2005)

Outro fato que pode alterar a natureza da infecção por HPV na mulher soropositiva para o HIV é o tipo de vírus. As infecções por múltiplos tipos e por tipos inespecíficos poderiam explicar a doença cervical mais avançada nessas pacientes. Estudos revelam que o tipo de HPV e a imunossupressão são fatores de risco importantes para o desenvolvimento de NIC em mulheres soropositivas (SOUZA; MELO; CASTRO, 2001; QUEIROZ *et al.*, 2004; CHEN *et al.*, 2007). Essa associação pode ser observada em pesquisas que apresentaram os tipos 16, 18 e 62 como de maior prevalência em mulheres soropositivas. Observou-se, ainda, que os tipos de alto risco foram mais prevalentes nas pacientes com número de células CD4 abaixo de 499 do que os tipos de baixo risco (SOUZA; MELO; CASTRO, 2001; RIVA *et al.*, 2007).

Outras DST como sífilis, herpes, gonorreia e clamídia também são fatores de risco para o desenvolvimento de lesão intraepitelial escamosa. Estudos demonstram elevada prevalência e maior gravidade das infecções do trato genital inferior em mulheres soropositivas. Essas infecções são, especialmente, importantes porque parte dessas mulheres tem uma história de práticas sexuais de risco e história prévia de DST, fatores que podem contribuir para o desenvolvimento do câncer do colo do útero (PEREYRA; PARELLADA, 2003; TOMIKA, 2007; BROWN *et al.*, 2007).

Pesquisa mostrou o aumento das taxas de progressão das lesões conforme o aumento do tempo das infecções: em um prazo de um ano, o risco de progressão da displasia moderada para displasia severa é de 1%; dentro de dois anos, esse valor sobe para 16% e num prazo de cinco anos, o risco eleva-se para 25% (FEHRMANN; LAIMINIS, 2003). A detecção e o tratamento precoces em lesões pré-malignas causadas por HPV podem, entretanto, prevenir a progressão para o câncer.

Diante das frequentes ocorrências de DST em mulheres infectadas pelo HIV, bem como da persistência do HPV, torna-se relevante que os profissionais de saúde, especialmente a equipe de enfermagem, possam estar atentos para a vulnerabilidade dessas mulheres ao desenvolvimento do câncer de colo. Daí a importância de se fazer rastreamento minucioso das DST e coleta de Papanicolaou para detecção precoce de alterações no colo do útero, a fim de que medidas de controle possam ser efetivadas, precocemente, favorecendo a prevenção de doenças.

No relacionado a hábitos nocivos à saúde, como o uso de tabaco, observou-se na presente investigação que 64,5% das mulheres eram fumantes. O tabagismo está entre os fatores de risco para o aparecimento precoce do câncer de colo uterino, pois causa danos funcionais no organismo, assim como aumento do risco de desenvolvimento de tumores (MENDONÇA *et al.*, 2004).

O tabagismo desempenha papel imunomodulador da resposta imunológica por meio da redução da contagem de células de *langerhans*. A nicotina facilita a infecção e a sua persistência pelo HPV, pois induz a um aumento da atividade mitótica do epitélio cérvico-vaginal e também devido ao seu efeito depressor no sistema imunológico (YAMAMOTO *et al.*, 2002; ZIMMERMMANN, 2006). Dessa forma, depreende-se que o hábito de fumar configura-se como um dos fatores de risco para o câncer em mulheres infectadas pelo HIV.

Diferentes pesquisas mostram associação entre hábito de fumar e o aparecimento de lesão intraepitelial do colo uterino em mulheres portadoras do HIV. Em estudo realizado em serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro com mulheres infectadas pelo HIV, encontrou-se significativa associação entre essas variáveis (SILVA *et al.*, 2003). Outro estudo demonstra a associação entre HIV e câncer de colo, sendo o fumo o protagonista das associações (ZIMMERMMANN, 2006).

Em função do exposto, observa-se a vulnerabilidade a que estão expostas as mulheres ao terem o cigarro como hábito em suas vidas. Assim, a vigilância em saúde e atividades educativas em saúde de mulheres infectadas pelo HIV são medidas que poderiam reduzir essa vulnerabilidade. A enfermagem pode desempenhar um papel importante nesse aspecto, por meio do esclarecimento sobre a associação entre tabagismo e câncer de colo de útero em mulheres, a fim de promover a consciência das vulnerabilidades a que estão expostas e, dessa forma, provocar a adoção de atitudes de autocuidado com o corpo.

Resultado do exame de prevenção do câncer de colo do útero

O estudo mostrou alteração ginecológica tanto no ato da coleta pelo teste do iodo como na análise laboratorial, sendo importante a observação e análise das duas condutas. Para maior compreensão dos resultados citológicos a serem apresentados, tem-se a seguir a descrição dos achados citológicos em relação ao diagnóstico descritivo. Os achados podem ser descritos como atipias celulares de significado indeterminado em *células escamosas*: lesão intraepitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia cervical grau I – NIC I); lesão intraepitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intraepiteliais cervicais de graus II e III - NIC II e NIC III); lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão e a possibilidade diagnóstica de suspeita de adenocarcinoma *in situ*; adenocarcinoma invasor, outras neoplasia malignas, e presença de células endometriais em células glandulares (BRASIL, 2006b).

Em relação aos achados deste estudo foi observado índice elevado de alteração no colo do útero, onde 24% das mulheres infectadas pelo HIV apresentaram atipia de significado indeterminado e em células escamosas. Destas, 44,4% apresentaram HPV+ NIC I e 16,7% NIC I + NIC II, corroborando com pesquisas relacionadas ao assunto (RACHID; SCHECHTER, 2005; ZIMMERMANN *et al.*, 2006; PARHAM *et al.*, 2006).

Nesse sentido, outras pesquisas apontaram que os exames colpocitológicos de mulheres infectadas pelo HIV encontram-se alterados em 25% a 40% dos casos, 10 vezes mais que em mulheres sem infecção pelo HIV. Nessas mulheres, encontrou-se, ainda, elevada prevalência de displasia cervical de lesões com maior grau de gravidade, de envolvimento cervical mais extenso e de envolvimento multifocal do trato genital inferior (RACHID; SCHECHTER, 2005).

Estudos encontraram que 37,5% das mulheres infectadas pelo HIV tinham HPV e 18,9% apresentaram NIC III. Outro estudo demonstrou semelhança nos resultados, onde foi detectado que 58,3% das mulheres apresentavam NIC I + HPV e 18,3% NIC II + NIC III (ZIMMERMANN *et al.*, 2006). Em contraposição, ao se estudar soronegativas ao HIV, nenhuma teve HPV ou NIC III (CAMPOS *et al.*, 2005).

Estudo realizado em Lusaka, Zâmbia, mostrou que de 150 mulheres infectadas pelo HIV que foram avaliados com esfregaços citológicos, apenas 6,7% não tinham anormalidade e 93,3% apresentavam anormalidade em células escamosas. Displasia de alto grau (HSIL) foi relatada em 32,7% das mulheres, displasia de baixo grau (LSIL) em 23,3%,

atipias escamosas em células indeterminadas em 17,3% das mulheres e 20% apresentavam células escamosas sugestivas de carcinoma (PARHAM *et al.*, 2006).

Assim, os achados encontrados em relação ao alto índice de iodo negativo e presença de atipias de significado indeterminado e células escamosas no colo do útero das mulheres infectadas pelo HIV, corroboram com os dados mencionados na literatura vigente. Portanto, os resultados mostram a necessidade de promulgar a prevenção do câncer do colo do útero nas mulheres infectadas pelo HIV, visto que a vigilância das alterações ginecológicas permite a detecção inicial e a erradicação da infecção pelo HPV e NIC, minimizando o câncer de colo.

Neste estudo, foram observadas alterações tanto macroscópicas como microscópicas em uma parcela representativa das mulheres estudadas, reforçando a necessidade de acompanhamento dos casos, a fim de detectar precocemente o câncer de colo do útero nessas mulheres.

É importante destacar a necessidade de se intensificar as recomendações descritas no protocolo divulgado pela OMS, CDC e MS, através do *Cervical Pap Smear Screening Protocol for Women Infected With HIV*, quanto à oferta do exame de Papanicolaou no início do acompanhamento em saúde da mulher, repetindo com seis meses de intervalo, e, anualmente, se o resultado apresentar-se normal. O exame deve ser repetido em intervalos menores se apresentar alteração, história prévia de infecção pelo HPV, após tratamento específico das lesões diagnosticadas e estado avançado de imunodeficiência com $CD4 < 200$ células/mm³. No caso de detecção das atipias as mulheres devem ser submetidas à colposcopia, podendo ser utilizada como exame de triagem, em situações especiais, como por exemplo, para pacientes em estágios mais avançados de imunodeficiência com $CD4 < 200$ células/mm³ (OMS, 2006; CDC, 2006; BRASIL, 2007).

Quando indicada a colposcopia, todo o trato genital inferior deve ser cuidadosamente examinado e os diagnósticos colposcópicos devem ser confirmados por biópsia (RACHID; SCHECHTER, 2000; RACHID; SCHECHTER, 2005). Porém, segundo o MS, estudos controlados não demonstram redução da sensibilidade do exame colpocitológico nessas pacientes, não havendo, portanto, indicação de colposcopia como exame de rotina para todas as mulheres infectadas pelo HIV.

Referente, ainda, à conduta de seguimento a ser utilizada para a prevenção do câncer de colo do útero em mulheres infectadas pelo HIV o *College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) recomenda a associação do exame colposcópico ao teste de Papanicolaou. Preconiza esfregaços citopatológicos e exame colposcópico de rotina a cada

seis meses para mulheres HIV+ com contagem de linfócitos TCD4 superior a 200/mm³. Para os valores inferiores ao mencionado, estabelece teste de Papanicolaou trimestral e colposcopia semestral.

Dessa forma, acredita-se que os serviços de saúde necessitam com urgência estabelecer atendimento prioritário na prevenção do câncer de colo de útero em mulheres infectadas pelo HIV, a partir do protocolo de seguimento, onde serão definidos os casos e os tipos de acompanhamento mediante alterações detectadas, com o intuito de favorecer a prevenção e o controle do câncer nessas mulheres.

Associação entre as variáveis da vida sexual, ginecológica e a ocorrência de DST, resultado do teste de Schiller e atipias em células escamosas.

As DST estão entre as cinco principais causas de procura por serviços de saúde e podem provocar sérias complicações, tais como infertilidade, abortamento espontâneo, malformação congênita, câncer de colo e até a morte, se não tratadas. Além disso, aumenta as chances de contaminação e ou coinfeção pelo HIV. São doenças de difícil detecção, uma vez que acarretam poucos sintomas visíveis e, muitas vezes, apresentam-se de forma assintomática. Com o avanço da epidemia da infecção pelo HIV, as DST assumiram um papel ainda mais relevante, principalmente, quando foi demonstrado que estas facilitavam a propagação do HIV (WHO, 2006).

A multiplicidade de parceiros sexual durante a vida é um fator de risco importante para infecção por HPV e para outras alterações genitais. Mulheres com tais práticas tendem a ser mais vulneráveis por se contaminar mais facilmente com as DST, inclusive com o HIV, fato este que pode favorecer o desenvolvimento do câncer de colo do útero.

Um dos fatores determinantes para o câncer de colo em mulheres é a infecção pelo HPV e a multiplicidade de parceiros sexuais tem sido relacionada como um risco crescente para a aquisição desse vírus. Um estudo constatou que mais de cinco parceiros sexuais era um fator de risco independente para o desenvolvimento de NIC, mesmo quando a mulher não era portadora do HPV. O estudo afirmou, ainda, que se o número de parceiros sexuais durante a vida fosse menor ou igual a cinco as hipóteses do NIC de grau II ou III regredir era de 60% (STENSON, 2008)

Outros estudos com mulheres infectadas pelo HIV corroboram com a vulnerabilidade das mulheres em relação à multiplicidade de parceiro para a aquisição do

câncer de colo (STIER, 2003; FERENCZY, 2003; CARRET *et al.*, 2004, MOTSHEDISI, 2005; MBIZVO, 2005; PARHAM *et al.*, 2006; GUANILO; MOURA; CONCEIÇÃO; NICHIATA, 2006).

Em termos globais, muitas mulheres com HIV, estão em vida reprodutiva e muitas adquirem o vírus através do contato sexual, existindo também um risco crescente para outras doenças sexualmente transmissíveis, fato que facilita a contaminação e o desenvolvimento do câncer de colo. Torna-se necessário, então, um protocolo ativo de vigilância ginecológica incluindo história anterior de saúde e exame físico, que possam assegurar o diagnóstico e o tratamento dos problemas ginecológicos das mulheres com HIV. Especialmente porque a redução da mortalidade por câncer do colo do útero é possível mediante promoção da saúde e detecção precoce dos casos de lesões precursoras, por meio de programas estruturados de rastreamento (CDC, 2006).

Na presente pesquisa, observou-se associação entre DST e o número de parceiros sexuais. O achado poderá ser um fator chave para ajudar a determinar a vulnerabilidade de mulheres infectadas pelo HIV para o desenvolvimento do câncer de colo. Dessa forma, a instituição de condutas imediatas torna possível a interrupção da doença e de suas complicações, da transmissão para parceiros e a prevenção ou agravamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero.

Em relação ao tempo de realização do exame de prevenção do câncer e a ocorrência de DST, a associação dessas duas variáveis mostrou significância estatística quando realizado o exame em menos de um ano ($p=0,040$).

Embora não se observe na literatura evidência de que quanto menor o tempo de realização do exame de prevenção maior a detecção de DST, este estudo mostrou que quanto mais precoce a realização do exame do câncer de colo, mais cedo será a detecção de doenças sexualmente transmissíveis, facilitando a adoção de um tratamento e impedindo assim a progressão das DST no desenvolvimento do câncer de colo. Esse fato leva à reflexão sobre a necessidade de efetivar o exame do câncer de colo uterino por meio de seguimento dos casos segundo protocolo de rastreamento para câncer de colo em mulheres infectadas pelo HIV preconizados pelos órgãos competentes (OMS, 2006; CDC, 2006; BRASIL, 2007).

O teste de Schiller permite diferenciar as alterações da mucosa do colo uterino com a utilização de um corante que contém iodo (lugol). A interpretação do teste é feita com base no grau de fixação do iodo nas células. As células coram de maneira variada de acordo com o teor de glicogênio. O epitélio anormal tende a não corar devido a não captação do iodo. À captação do lugol, convencionou-se iodo positivo ou Schiller negativo, e a pouca ou

ausência da captação de iodo negativo ou Schiller positivo. Quando o resultado do teste é Schiller positivo indica-se colposcopia. No presente estudo, o teste de Schiller esteve associado com coitarca e atipia em células escamosas ($p=0,005$ e $p=0,008$).

O início precoce da atividade sexual, quando acontece antes dos dezesseis anos, duplica o risco para o desenvolvimento de câncer de colo e quanto mais precoce a primeira relação sexual, maior a chance de contaminação pelo HPV, conseqüentemente maior risco para o desenvolvimento de NIC. Isso ocorre devido à zona de transformação uterina nessas mulheres estar em processo de metaplasia jovem, onde as lesões intraepiteliais neoplásicas podem progredir mais rapidamente por causa da imaturidade da cérvix (BORGES *et al.*, 2004; PUDNEY *et al.*, 2005).

Em pesquisa desenvolvida com mulheres soropositivas e soronegativas ao HIV, encontrou-se que a maioria das mulheres em ambos os grupos tiveram sua vida sexual iniciada na adolescência. No grupo das soropositivas, essa frequência alcançou 68,5%, ratificando a coitarca como comportamento de risco para infecção pelo HIV e para o aparecimento de lesões cervicais uterinas (AZEVEDO, 2006).

Outras pesquisas desenvolvidas ao redor do mundo são enfáticas e demonstram que mulheres infectadas pelo HIV relatam vida sexual precoce e apresentam com maior ocorrência lesões cervicais uterinas (MOTHSHEDISI, 2005; MBIZVO, 2005; PARHAM *et al.*, 2006).

Portanto, esse fator associado às constantes relações sexuais desprotegidas amplia os riscos de adquirir doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção pelo HIV e, conseqüentemente, maior probabilidade de desenvolvimento de câncer de colo em mulheres soropositivas.

Associação entre contagem de células TCD4, atipias em células escamosas e teste do iodo

No presente estudo, ao se avaliar função imunológica, observa-se que a contagem de linfócito TCD4 foi estatisticamente significante entre as pacientes com teste de iodo negativo ($p=0,028$) e com presença de atipias em células escamosas ($p=0,030$). O estado imunológico é um dos cofatores de primordial importância, visto que, nas pacientes imunodeprimidas, a carcinogênese genital induzida pelo HPV se estabelece de maneira súbita em relação àquelas imunocompetentes.

A literatura indica que as mulheres infectadas pelo HIV têm maiores chances de desenvolver neoplasia intraepitelial, demonstrando associação entre a gravidade dessa e a imunossupressão, evidenciando-se assim o HPV entre os diversos fatores de risco para o desenvolvimento de câncer (PIKETTY; KAZATCHKINE, 2005).

Atualmente, a presença de sinais clínicos de imunodeficiência, como a contagem de linfócitos TCD4 e a quantificação de carga viral são os principais parâmetros utilizados para iniciar e monitorar a terapia antirretroviral em pacientes com Aids. Desde os primeiros anos da epidemia, a monitorização dos linfócitos TCD4 vem sendo utilizada como um parâmetro laboratorial preditivo do prognóstico da doença causada pelo HIV e também como um excelente indicador de magnitude do risco para as principais infecções oportunistas como o câncer de colo do útero, principalmente em pacientes com doença sintomática (BRASIL, 2008b).

Dentro dessa perspectiva, a avaliação seriada do TCD4 vem sendo utilizada, tanto na indicação como na avaliação da necessidade de modificação dos esquemas antirretrovirais, e apresenta uma boa correlação com a resposta ao tratamento. Além disso, a indicação de quimioprofilaxia, bem como a abordagem clínica dos principais processos oportunistas presentes no espectro da imunodeficiência crônica induzida pelo HIV é frequentemente avaliada e monitorizada pela contagem seriada dessas células.

O exame deverá ser feito quando ocorrerem contagens discrepantes e, principalmente, quando as decisões terapêuticas forem baseadas apenas nesses resultados. Os valores são considerados alterados quando as contagens seriadas estão abaixo de 500 células/mm³. Pacientes com contagens abaixo de 200 células/mm³ apresentam um risco bastante aumentado para processos oportunistas como a pneumociste, toxoplasmose e HPV (BRASIL, 2009c).

Assim, baseando-se nos estudos disponíveis, o tratamento antirretroviral no Brasil tem sido indicado para pacientes com contagens de linfócitos TCD4 entre 250 e 350 células/mm³. Na avaliação da eficácia terapêutica, sugere-se a monitorização desses exames a cada três a quatro meses (RACHID; SCHECHTER, 2008; BRASIL, 2009c).

Estudos referem que mulheres soropositivas com TCD4 menor que 200 cél/mm³ apresentam com maior frequência infecção por HPV de alto risco oncogênico, estabelecendo-se, então, que o risco para o desenvolvimento de neoplasia intracervical é maior nesse grupo, ou seja, quanto maior a imunossupressão maior vulnerabilidade da mulher (FERNANDES; GONÇALVES; SIMÕES *et al.*, 2004; KOJIC; CU-UVIN, 2007; HEIKINHEIMO;

LAHTEENMAKI, 2009).

Portanto, como observado nos diferentes estudos, o estado imunológico das mulheres infectadas pelo HIV se apresenta como um dos cofatores para o controle das doenças oportunistas, haja vista que as mulheres imunodeprimidas estão mais vulneráveis à aquisição de doenças oportunistas como o câncer de colo do útero (PIKETTY; KAZATCHKINE, 2005; KOJIC; CU-UVIN, 2007; HEIKINHEIMO; LAHTEENMAKI, 2009). Torna-se evidente que os profissionais de saúde devem dar seguimento na avaliação da imunossupressão de mulheres infectadas pelo HIV devido à possibilidade de alterações do colo do útero.

Marcadores de vulnerabilidade

Os diferentes aspectos de vulnerabilidade de mulheres infectadas pelo HIV em relação à prevenção do câncer de colo do útero abrangeram elementos dos três planos que compõem as dimensões individual, programática e social.

A vulnerabilidade individual diz respeito à ação individual de prevenção frente a uma situação de risco. Envolve aspectos relacionados a características pessoais, ao desenvolvimento emocional, percepção do risco e atitudes voltadas à adoção de medidas de autoproteção; atitudes pessoais frente à sexualidade, bem como a conhecimentos adquiridos (NICHATA *et al.*, 2008).

No relacionado ao presente estudo, tratando-se da dimensão individual, a maioria das mulheres possuía conhecimento incorreto e insuficiente sobre a realização do Papanicolaou, ainda, não tinham frequência adequada ao exame, além do desconhecimento entre imunossupressão e o câncer de colo. Observou, também, número elevado de mulheres que não haviam realizado o exame após a descoberta da infecção. Tal fato estava relacionado ao medo de encontrar pessoas conhecidas no serviço de saúde próximo de casa e o desconhecimento de sua vulnerabilidade ao câncer de colo.

Como afirma Takahashi (2006), os conhecimentos e significados podem influenciar as condutas após o diagnóstico, a prescrição do tratamento, a modalidade de enfrentamento e a adesão ao tratamento terapêutico. No entanto, para propor mudanças nos comportamentos que tornam a pessoa vulnerável é necessário compreender o que as influencia. Nesse aspecto, o presente estudo mostrou que o conhecimento incorreto ou insuficiente das mulheres pesquisadas em relação à realização do exame de Papanicolaou

dificultava o autocuidado, bem como, o favorecimento de vulnerabilidade ao desenvolvimento do câncer de colo do útero.

Ainda, relacionado à vulnerabilidade no aspecto características pessoais e relacionais encontrou-se que as mulheres possuíam baixa escolaridade, renda familiar e situação socioeconômica precárias, pouca inserção em atividade laboral, uso inconstante de preservativos com parceiro casual e comercial e aquisição de outras DST.

Os caracteres pessoais, independente dos indivíduos serem portadores de um agravo à saúde ou não, por si só já configuram uma condição de vulnerabilidade e exclusão social: baixa escolaridade e renda familiar, desemprego, além de condições precárias de vida (TAKAHASHI, 2006). De acordo com o estudo apresentado tais situações originam maior dificuldade de acesso a serviços básicos, como educação e saúde, e podem agravar a condição do indivíduo, interferindo em sua saúde, elevando a vulnerabilidade ao adoecimento.

A vulnerabilidade é um processo dinâmico estabelecido pela interação dos elementos que a compõem, como idade, raça, etnia, pobreza, escolaridade, suporte social e presença de agravos à saúde, onde alguns desses elementos foram identificados no presente estudo. Entretanto, o estado de vulnerabilidade é definido não só por características intrínsecas da pessoa, como sexo e idade, mas também por outras condições adquiridas no decorrer da vida ou resultantes do estilo de vida, do desenvolvimento de estratégias e habilidades para enfrentar traumas e doenças (PHILLIPS, 1992; LESSICK *et al.*, 1992, ROGERS, 1997). Nesse sentido, acredita-se que cada indivíduo possui um limiar de vulnerabilidade que, quando ultrapassado, resulta em adoecimento.

Os indivíduos possuem graus diferenciados de conhecimento sobre as doenças e seus fatores de risco. Conhecimentos e comportamentos têm significados e repercussões muito diversificados na vida das pessoas, dependendo de uma combinação, sempre singular, de características individuais, contextos de vida e relações interpessoais que se estabelecem no dia a dia (TAKAHASHI, 2006).

Em relação ao impacto do diagnóstico no presente estudo, observou-se dificuldade das mulheres para se identificarem como portadoras do HIV em outro ambiente que não fosse o hospital de referência em HIV, local de atendimento. Tal fato, conseqüentemente, gerava também omissão das mulheres na não realização do exame de prevenção, por medo de que seu diagnóstico de infecção pelo HIV não fosse mantido em sigilo. Essa omissão aumentava a vulnerabilidade ao desenvolvimento do câncer de colo do útero por não realizarem a coleta do Papanicolaou. Como revelam pesquisadores, o sigilo sobre o diagnóstico pode constituir uma proteção contra o preconceito, pois este impede que o

indivíduo possa receber apoio, contribuindo para o auto-isolamento, fato que pode interferir na sua adesão, prevenção e tratamento inclusive de doenças oportunistas, tornando-o vulnerável ao desenvolvimento do câncer de colo do útero (TAKAHASHI, 2006; ATHANIEL, 2006).

Nesse contexto, considera-se como vulnerável aquele que possui maior possibilidade de adoecer. Mesmo que, potencialmente, todas as mulheres sejam vulneráveis à Aids e ao desenvolvimento de câncer do colo, sabe-se que existem alguns grupos de mulheres que estão sujeitos a determinadas condições que as tornam mais vulneráveis e, portanto, com maiores chances de desenvolver a doença (ADAY, 1993). O fato de não querer se identificar como portadora do HIV, participar de uma pesquisa e se expor diante de outro ambiente que não seja o das consultas ao hospital de referência gerou medo e até desistência de algumas mulheres para fazer o exame de Papanicolaou, intensificando essa vulnerabilidade.

O desconhecimento ou conhecimento insuficiente faz com que as mulheres sejam omissas e não se percebam como vulneráveis ao câncer de colo. A centralização da doença na medicalização por parte dos profissionais de saúde, bem como, a falta de empoderamento das mulheres em relação a sua saúde, faz com que sejam vistas de forma fragmentada. Diante desse fato, sugere-se que os profissionais de saúde identifiquem as condições, características e situações de proteção e fortalecimento da pessoa contra o adoecimento, diminuindo a vulnerabilidade das mulheres infectadas pelo HIV ao câncer de colo do útero.

Na dimensão programática, em relação à estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde, encontraram-se vários aspectos em que os serviços de saúde contribuíam para maior vulnerabilidade da mulher na aquisição do câncer de colo do útero. Tais situações referiam-se à ausência de serviço de ginecologia para realização da prevenção do câncer de colo do útero em hospital de referência, disponibilidade irregular de outros serviços para realização do referido exame, desarticulação com outros serviços de saúde (serviço de doenças infecciosas e os serviços de referência em câncer de colo de útero), divulgação insuficiente sobre a importância do exame de Papanicolaou, acesso difícil para os atendimentos nas unidades de saúde e ausência de educação em saúde para prevenção do câncer de colo em sala de espera.

Nesse sentido, urge a necessidade de expansão dos serviços de saúde e a disponibilidade de recursos que viabilizem o aumento da sobrevivência de pessoas pelo HIV, promovendo melhora na qualidade de vida dessas pessoas. Entretanto, é necessário reconhecer a participação dos serviços de saúde na vulnerabilidade das mulheres infectadas pelo HIV ao câncer de colo do útero.

Em estudo realizado com pessoas infectadas pelo HIV houve semelhança nos dados obtidos em relação ao serviço de saúde como: assistência fragmentada, tempo de espera para o atendimento prolongado, trabalho em equipe e capacitação insuficiente dos profissionais, número de vagas insuficiente para atender a demanda, falta de integração entre as ações desenvolvidas, divulgação insuficiente da importância do diagnóstico precoce, entre outros (TAKAHASHI, 2006).

A relação entre a qualidade do acesso aos serviços de saúde, bem como, a desarticulação desses serviços com instituições de outras áreas, foi definida, neste estudo, como marcador de vulnerabilidade por dificultar a realização da prevenção do câncer de colo do útero nas mulheres infectadas pelo HIV.

Tal marcador insere-se no componente programático da vulnerabilidade que compreende a necessidade de investimentos financeiros no setor saúde e educação, em recursos humanos capacitados para prevenção, diagnóstico e assistência, desenvolvimento de ações programáticas e políticas públicas intersetoriais que favoreçam o cuidado integral à saúde da mulher infectada pelo HIV (AYRES *et al.* , 2008).

No que diz respeito à operacionalização das ações, identificou-se o não encaminhamento das mulheres ao exame de Papanicolaou por parte dos profissionais de saúde, predisposição para um possível diagnóstico tardio do câncer de colo, orientações e encaminhamentos insuficientes para serviço especializado em prevenção do câncer de colo, intervenção restrita à clínica e não aos determinantes dos comportamentos dos usuários, concepção inadequada dos profissionais de saúde sobre a prevenção do câncer de colo do útero, ausência de espaço para que o usuário compartilhe seus sentimentos e necessidades, desconhecimento de outras necessidades e problemas de saúde decorrentes ou não da aids, que extrapolam as características biológicas e clínicas, como o câncer de colo do útero.

Em relação aos profissionais de saúde que acompanham pessoas infectadas pelo HIV, considerou-se que, muitas vezes, sua qualificação era insuficiente para o manejo clínico e a abordagem de aspectos relacionados às doenças oportunistas. Esse preparo insuficiente é um marcador importante da dimensão programática da vulnerabilidade, em decorrência das repercussões de condutas inadequadas na evolução de doenças oportunistas como o câncer de colo do útero.

Esse marcador de vulnerabilidade considera a necessidade de mediação entre profissionais da saúde e pacientes, a fim de promover a mobilização da sociedade para desenvolvimento do potencial de saúde dos indivíduos na execução dos seus direitos de cidadania (TAKAHASHI, 2006).

Nesse aspecto, infere-se que o desconhecimento, tanto por parte do indivíduo, como por parte do profissional em relação ao ambiente de saúde que o acompanha, pode acarretar em detecções de doenças tardias e, possivelmente, em morte devido à falha no processo de descoberta de doenças oportunistas precocemente.

A atenção voltada para as mulheres infectadas pelo HIV determina, na maioria das vezes, uma situação de imprudência no cuidado, orientação e detecção precoce de doenças, sendo necessário reconhecer a participação dos serviços de saúde na vulnerabilidade das mulheres infectadas pelo HIV ao desenvolvimento do câncer de colo do útero.

Nesse contexto, corrobora-se com a declaração de pesquisadores sobre o componente programático da vulnerabilidade que deve compreender a necessidade de investimentos financeiros no setor saúde e educação, em recursos humanos capacitados para prevenção, diagnóstico e assistência, desenvolvimento de ações programáticas e políticas públicas intersetoriais, considerando ainda, mediação entre profissionais da saúde e pacientes, a fim de promover a mobilização da sociedade para desenvolvimento do potencial de saúde dos indivíduos e execução dos seus direitos de acesso à saúde em seus mais variados aspectos (TAKAHASHI, 2006; AYRES *et al.*, 2008).

Em função do observado na dimensão pragmática, faz-se necessária a ampliação do serviço de saúde especializado e a disponibilidade de recursos que viabilizem a intensificação do diagnóstico precoce do câncer de colo do útero, com vistas à promoção da qualidade de vida dessas mulheres.

A dimensão social compreende um conjunto de características relacionadas ao contexto político, econômico e sociocultural que caracteriza o risco individual, tornando conhecida e indiscutível a relação entre problemas de saúde e pobreza, baixos salários, educação inadequada, entre outros (TAKARASHI, 2006). No presente estudo, destacaram-se como vulnerabilidade as condições materiais de existência, ideologia e cultura, onde foram identificadas condições insuficientes para se ter uma vida saudável, existência e acesso insuficiente aos equipamentos sociais em relação ao exame de câncer de colo do útero e questões de gênero.

Este estudo identificou nas mulheres infectadas pelo HIV problemas de saúde relacionados à pobreza, baixos salários, baixa escolaridade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, entre outros aspectos que podem interferir diretamente na prevenção do câncer do colo do útero. O estudo corrobora com pesquisadores ao afirmarem que alguns grupos sociais, portadores de características ou condições que demonstram fragilidade, geralmente estão sujeitos a uma maior vulnerabilidade, devido à condição de exclusão social na qual se

encontram (TAKARASHI, 2006), inserindo-se, nesse contexto, as mulheres infectadas pelo HIV.

Consideram-se as situações de desigualdade econômica, social e cultural presentes no contexto de vida das mulheres de classes populares geradoras de vulnerabilidade ao adoecimento (SOUZA; TYRRELL, 2007). Portanto, na medida em que esses processos sociais se constituem e se inter-relacionam, amplia-se o entendimento de que as escolhas para o autocuidado não são resultantes exclusivamente da vontade individual dessas mulheres, e sim de todo um contexto de vida. Assim, desenvolver o cuidado em saúde de mulheres infectadas pelo HIV a partir dos marcadores de vulnerabilidade amplia as possibilidades de compreensão e reflexão acerca das situações que podem torná-las mais ou menos vulneráveis ao câncer de colo do útero.

Aponta-se necessidade de estudos adicionais em função de melhorar a compreensão da relação entre o HIV/aids e a vulnerabilidade ao câncer de colo do útero a fim de que essa interação seja aprofundada. Para tanto, é imperativo o diagnóstico precoce e controle da doença, na perspectiva não apenas de avaliar a vulnerabilidade a que essas mulheres estão expostas, mas para que os casos de predisposição ao câncer possam ser identificados e tratados adequadamente a partir de vigilância sistemática de saúde. Vale ressaltar que a adoção de intervenções a partir do conceito de vulnerabilidade possui maior potencial para o empoderamento de mulheres infectadas pelo HIV na prevenção do câncer de colo do útero, à medida que a percepção de saúde dessas mulheres extrapole o âmbito individual, incluindo os serviços de saúde e o contexto social como um todo.

Torna-se imprescindível que os serviços de saúde, independente do nível hierárquico de atenção, principalmente o serviço de referência em HIV/aids, possam garantir a integralidade das ações de saúde direcionadas às mulher infectadas pelo HIV. Nessa perspectiva, é necessária a disponibilização de um programa de vigilância ginecológica que garanta a realização do exame de Papanicolaou para mulheres com HIV, conforme se indica os diferentes organismos de controle de saúde, como OMS e MS. Ressalte-se a observância às recomendações já indicadas pelo *Cervical Pap Smear Screening Protocol for Women Infected With HIV*, acerca de tratamento e acompanhamento a essa população.

6 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram constatar que a maioria das mulheres infectadas pelo HIV atendidas em serviço de referência em Fortaleza, Ceará, apresentavam-se vulneráveis ao desenvolvimento do câncer de colo do útero nos aspectos sociodemográficos, clínico, sexual e ginecológico.

Dentre as diferentes situações de vulnerabilidade do estudo, apontam-se que a maioria dos casos de HIV/aids ocorreu em mulheres entre 25 a 49 anos, cursando o ensino fundamental e oriundas de classe social baixa, mais da metade apresentavam linfócitos menores que 500 células/mm³ e faziam uso inconstante de preservativo com parceiros casuais e comerciais. Realizavam o exame de prevenção entre dois e cinco anos, sem um seguimento sistemático de rastreamento para câncer de colo. Vale salientar que uma parcela significativa dessa população ainda não tinha realizado o exame de prevenção após o diagnóstico de HIV.

Em relação ao acesso para realização do exame, a maioria considerava difícil. A coitarca esteve presente entre as idades de 12 e 19 anos. Houve alto índice de DST e infecção pelo HPV. O exame de colo do útero apresentou iodo negativo em grande parte das mulheres com presença significativa de células escamosas, células escamosas de origem indefinida, HPV + NIC I e NIC I e NIC II. Houve associação significativa entre as variáveis sexual e ginecológica com história de DST e tempo da última prevenção do câncer de colo; entre teste de Schiller e coitarca; entre atipias em células escamosas, número de parceiros, coitarca e teste do iodo e entre a contagem dos linfócitos TCD4, atipias em células escamosas e teste de iodo.

Quanto aos marcadores de vulnerabilidade observou-se que as mulheres infectadas pelo HIV encontravam-se vulneráveis ao câncer de colo do útero nas dimensões individual, programática e social. Na dimensão individual, detectou-se o conhecimento insuficiente sobre a realização do exame de câncer de colo do útero em seus vários aspectos favorecendo a vulnerabilidade da mulher infectada pelo HIV ao câncer de colo do útero.

Na dimensão programática, foi identificada disponibilidade irregular do serviço para realização do exame, bem como, acesso difícil para os atendimentos nas unidades de saúde, desarticulação com serviços de saúde de referência em câncer de colo de útero e o não encaminhamento das mulheres ao exame de papanicolaou por parte dos profissionais de saúde.

Na dimensão social, encontraram-se condições insuficientes para se viver cotidianamente uma vida mais saudável e acesso insuficiente aos equipamentos sociais, bem com, questões voltadas ao gênero.

Acredita-se que a partir dos resultados desta pesquisa possam ser traçadas e planejadas ações baseadas no conceito de vulnerabilidade, valorizando as informações e as mudanças de comportamentos individuais, programático e social a fim de reduzir a vulnerabilidade das mulheres infectadas pelo HIV ao câncer de colo do útero.

É necessário que os profissionais de saúde promovam meios que permitam o fortalecimento e a capacidade de compreensão e uso das informações por essa população, que possam resultar na transformação de suas práticas em relação ao câncer de colo do útero, além de acesso adequado aos diversos serviços que contribuam para promoção e proteção da saúde.

A utilização dos marcadores de vulnerabilidade nas práticas assistenciais dos profissionais de saúde permite intervenções com maior poder de transformação ao levar em consideração os determinantes identificados nas três dimensões. A identificação de fatores individuais, programáticos e sociais com predisposição para o câncer de colo do útero permite sinalizar aspectos prioritários para a intervenção da assistência de enfermagem, constituindo um avanço para a identificação das necessidades de saúde das mulheres infectadas pelo HIV que estão vulneráveis ao câncer de colo do útero.

Em função dos achados, constata-se a necessidade de incentivar as mulheres infectadas pelo HIV para a realização do exame de prevenção do câncer de colo do útero, bem como, de instruí-las com informações adequadas a fim de que as mesmas possam desenvolver o autocuidado. A importância de incentivar a prevenção de doenças e a promoção da saúde em relação ao diagnóstico precoce é verificada pelo fato de que quando o câncer é diagnosticado em sua fase inicial e tratado de forma adequada, o prognóstico de cura é bem maior. Associado a isso urge a necessidade de os serviços especializados reorganizarem as ações voltadas à prevenção de doenças entre as mulheres, em especial, o de prevenção ginecológica.

Conclui-se que essa população é vulnerável ao câncer de colo do útero e que ações preventivas específicas são necessárias para fornecer informações associadas à detecção precoce da doença, melhoria do nível de conhecimento, estímulo ao autocuidado e melhoria da qualidade dos serviços de saúde que atendem a esta clientela.

Assim, a importância deste estudo encontra-se na ocorrência da identificação de marcadores de vulnerabilidade para o câncer de colo nas mulheres infectadas pelo HIV,

indicando-se necessidade de incorporação de rastreamento da doença, como parte da manutenção da saúde dessa população.

É relevante ainda destacar que o estudo teve algumas limitações para seu desenvolvimento. A começar pela não realização do exame de prevenção no próprio serviço de referência do Estado (HSJ) em HIV/aids. Tal fato gerou dificuldade para a concretização do estudo, tanto para a pesquisadora como para as mulheres submetidas ao exame. As mulheres eram encaminhadas por meio dos diversos serviços de saúde, porém muitas referiam o local da coleta de prevenção “distante” e de “difícil acesso”, devido terem que passar por vários terminais de ônibus e por algumas terem, ainda, dificuldade de leitura, fato que dificultava a articulação entre esses terminais. Referiram ainda não ter dinheiro para se conduzirem até o local da coleta já que tinham que ir também para a consulta ao infectologista, bem como, realizar exames laboratoriais, entre outros.

Para as mulheres provenientes do interior do Estado, observou-se que elas vinham no carro da saúde de sua cidade no período da manhã e ficavam até o período da tarde para realizar o exame, referindo não ter acesso para refeição até a hora do exame, que era realizado no período da tarde.

Houve esforço da pesquisadora em conseguir vale transporte por meio da Secretaria de Saúde do Estado e Prefeitura Municipal de Fortaleza (programa de DST/aids), porém não obteve resultado. Esse fato entre outros supracitados gerou limitações na obtenção de uma amostra satisfatória para o estudo.

Em função do exposto, registra-se a necessidade da implantação de serviço de exame de prevenção do câncer de colo do útero a partir do protocolo de rastreamento para mulheres infectadas pelo HIV. Ante aos resultados, sugere-se, ainda, a capacitação dos profissionais de saúde que prestam cuidados à população feminina portadora do HIV/aids para que a prevenção do câncer de colo do útero possa ser implementada e praticada rotineiramente, acontecendo de forma efetiva, a fim de que as vulnerabilidades apontadas neste estudo sejam minimizadas.

7 RECOMENDAÇÕES

Ante os dados encontrados é possível tecer as seguintes recomendações:

1. Desenvolver vigilância à saúde ginecológica de mulheres infectadas pelo HIV;
2. Investir em pesquisas que revelem outras informações sobre o câncer de colo do útero em mulheres infectadas pelo HIV;
3. Divulgar a importância de realização do exame de prevenção do câncer de colo do útero nas unidades que atendem pessoas infectadas pelo HIV;
4. Disponibilizar nos serviço de saúde o protocolo de rastreamento de câncer como garantia de direito à saúde das mulheres com HIV;
5. Promover capacitação de profissionais de saúde nas unidades especializadas em HIV/aids para realização do exame de prevenção de câncer de colo do útero, identificação de casos suspeitos e detecção precoce do câncer de colo do útero e seguimento dos casos.

REFERÊNCIAS

ADAY, L. A. **At risk in America**: the health and health care needs of vulnerable populations in the United States. San Francisco: Jossey-Bass, 1993.

AMORIN, V. M. C. L.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBUM, M. Fatores associados a não realização do exame de papanicolaou: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2329-2338, 2006.

ANORLU, R. I. cervical cancer: the sub-Saharan African perspective. **Reprod. Health Matters** v. 16, n. 32, p. 41-49, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA – ABEP. **Critério de classificação econômica Brasil 2003**. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB_2003.pdf. Acesso em: 10 jul 2009.

ATHANIEL, M. A. S. **Significados e implicações de ser mãe no processo saúde-doença em mulheres com Aids**. Dissertação. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2006.

AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 5, supl. 1, p. 28-42, 2002.

_____. O enfoque de risco na programação em saúde: fundamentos e perspectivas. **Saúde Social**, v. 4, n. 1/2, p. 71-74, 1995.

AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; FRANÇA JÚNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2008. p. 375-497.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-139.

AYRES, J.R.C.M. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO/ PROGRAMA DE DST/AIDS. vulnerabilidade e aids: para uma resposta social à epidemia. **bol epidemiol.** 15 (3):2-4, 1997.

AZEVEDO, V. N. G.; DIAS, L. B. J.; DENACHKI, S.; LIMA, F. A. S. Frequência das neoplasias intraepiteliais cervicais em mulheres portadoras do vírus imunodeficiência humana adquirida. **Rev. Paraense Med.**, v. 20, n. 2, p. 35-39, 2006.

BELOQUI J. A. Risco relativo para Aids de homens homo/bissexuais em relação aos heterossexuais. *Rev. Saúde Pública*. vol.42, n.3, p. 437-442, 2008.

BAILLARGEON, J.; POLLOCK, B. H.; LEACH, C. T.; GÃO, S. J. The association of neoplasms and HIV infection in the correctional setting. **Int. J. STD AIDS**, v. 15, n. 5, p. 348-351, 2004.

BARROSO, L. M. M.; CARVALHO, C. M.; GALVÃO, M. T. G. Mulheres com HIV/Aids: subsídios para a prática de enfermagem. **Rev. Rene**, v. 7, n. 2, p. 67-73, 2006.

BESKOW, A. H.; EMGELMARK, M. T.; MAGNUSSON, J. J. Interaction of host and viral risk factors for development of cervical carcinoma in situ. **Int. J. Cancer**, v. 117, n. 4, p. 690-692, 2005.

BLUMENTHAL, P. D.; GAFFIKIN, L. Cervical cancer prevention. **JAMA**, v. 294, n. 17, p. 2225-2228, 2005.

BORGES, S. C. V.; MELO, V. H.; MOROZA JÚNIOR, G.; ABRANCHES, A.; LIRA NETO, J. B.; TRIGUEIRO, M. C. Taxa de detecção do papilomavirus humano pela captura híbrida II, em mulheres com neoplasia intra-epitelial cervical. RBGO. **Rev. Bras. Ginecol. Obstetr.**, v. 26, n. 2, p. 105-110, 2004.

BRADLEY, J.; BARONE, M.; MAHE, C.; LEWIS, R.; LUCIANI, S. Delivering cervical cancer prevention services in low-income settings. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v. 89, suppl. 2, p. S21-29, 2005.

BASTOS, F. I. Aids na terceira década. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006. 103p.

BRASIL. Índice aumenta entre as casadas- A GAZETA DE CUIABÁ-. Disponível em: <http://www.sistemas.aids.gov.br/imprensa/noticias.asp?NotCod=67080.2009>. Acesso em: 15 jan 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico de DST e Aids. Ano V, nº 1. Jan a Jun 2008a. 36p).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196/96 Decreto nº. 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2, supl., p. 15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA/ CONPREV. **Estimativa 2005: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2005. p. 31-39.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA/ CONPREV. **Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e de mama**. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 52, n. 3, p. 213-236, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano de integração de enfrentamento da feminização da epidemia da Aids e outras DST**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datassus. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) 2008b. Disponível em: <http://tabnet.datassus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>. Acesso em: 15 jan 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Unidade de Assistência e Unidade de Laboratório da Coordenação Nacional de DST/Aids. **Contagem de células TCD4 e testes de carga viral: principais marcadores laboratoriais para indicação e monitorização do tratamento anti-retroviral**. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://bvsm2.saude.gov.br/php/level.php?long=pt&component=51&item=13>. Acesso em: 20 jan 2009c.

BRADBIER C. Is infection with HIV a risk factor for cervical intraepithelial neoplasia? *Lancet* 1987; 2: 1277-8.

BRENNA, S. M. F.; HARDY, E.; ZEFERINO, L. C.; NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de papanicolau em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 909-914, 2001.

BROWN, J. M.; WALD, A.; HUBBARD, A.; RUNGRUENGTHANAKIT, K.; CHIPATO, T.; RUGPAO, S.; MMIRO, F.; CELENTANO, D. D.; SALATA, R. S.; MORRISON, C. S. *et al.* Incident and prevalent herpes simplex virus type 2 infection increases risk of hiv acquisition among women in Uganda and Zinbabwe. **AIDS**, v. 21 p. 1515-1523, 2007.

CAMARGO, B. V.; BOTELHO, L. J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 61-68, 2007.

CAMPOS, R. R.; MELO, V. H.; CASTILHO, D. M.; NOGUEIRA, C. P. F. Prevalência do papilomavírus humano e seus genótipos em mulheres portadoras e não portadoras do vírus da imunodeficiência humana. **RBGO. Rev. Bras. Ginecol. Obstetr.**, v. 27, p. 248-256, 2005.

CARRET, M. A. V.; FASSA, A. C. G.; SILVEIRA, D. S.; BERTOLDI, A. D.; HALLAL, P. C. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 1, 2004. p. 76-84.

CATES, W. Review of non-hormonal contraception (ondoms, intrauterine devices, nonoxynol-9 and combos) on HIV acquisition. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, v. 38, p. 580-510, 2005.

CAVALCANTI, S. M. B.; CARESTIATO, F. N. Infecções causadas pelos papilomavírus humanos: atualizações sobre aspectos virológicos, epidemiológicos e diagnosticados. **DST. J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 18, n. 1, p. 73-79, 2006.

CALAZANS, G.J, SALETTI FILHO HC, FRANÇA JR. I, AYRES JRCM. O conceito de vulnerabilidade. in: PADOIN SMM, PAULA CC, SCHAURICH D, FONTOURA VA, ORGANIZADORES. Experiências interdisciplinares em aids: interfaces de uma epidemia. SANTA MARIA (RS): EDITORA DA UFSM; 2006. P.43-62.

CEARÁ. Secretária de Saúde do Estado. Coordenadoria de Políticas em Saúde. Núcleo de Epidemiologia. **Inf. Epidemiol. AIDS**, 2009.

CEARÁ. Secretária de Saúde do Estado. Coordenadoria de Políticas em Saúde. Núcleo de Epidemiologia. **Inf. Epidemiol. AIDS**, 2008.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION- CDC. United States Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. **Treatment of opportunistic infections**. Washington, DC, 2006.

CHEN, L. I.; PRABHAT, J. H. A.; STIRLING, B.; SGAIER, S. K.; DAID, T.; KAUL, R.; NAGELKERKE, N. Sexual risk factors for HIV infection in early and advanced HIV epidemics in sub-saharan Africa: systematic overview of 68 epidemiological studies. **Plos One** 2007. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0001001>. Acesso em: 11 jan 2009

CHIJOKE, I. U.; PREKO, P. O.; BAIDO, J. A.; BAYARD, B.; EHIRI, J. E.; JOLLY, C. M.; JOLLY, P. E. Hiv/Aids- related stigma in Kumasi, Ghana. **Health & Place**, v. 15, p. 255-262, 2009.

CRUZ, L. M. B.; LOUREIRO, R. P. A comunicação na abordagem preventiva do câncer de colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão as campanhas. **Saúde Soc.** v. 17, n. 2, p. 120-131, 2008.

DAVID, R. **A vulnerabilidade ao adoecimento e morte por AIDS em usuários de um serviço ambulatorial especializado em DST/AIDS do município de São Paulo**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

FANG, C. T.; HSU, H. M.; TWU, S. J.; [CHEN, M. Y.](#); [CHANG, Y. Y.](#); [HWANG, J. S.](#); [WANG, J. D.](#); [CHUANG, C. Y.](#) Decreased HIV transmission after a policy of providing free access to highly active antiretroviral therapy in Taiwan. **J. Infect. Dis.**, v. 190, n. 5, p. 879-885, 2004.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Psicol. Estudo**, v. 11, n. 1, p. 155-164, 2006.

FEHRMANN, F.; LAIMINIS, L. A. Human papillomaviruses: target differentiating epithelial cells for malignant transformation. **Oncogene**, v. 22, p. 5201-5207, 2003.

FERENCZY, A.; COUtlÉE, F.; FRANCO, E.; HANKINS, C. Human papillomavirus and HIV coinfection and the risk neoplasias of the lower genital tract: a review of recent developments. **CMAJ Can. Med. Assoc. J.**, v. 169, n. 5, p. 431, 2003.

FERNANDES, A. D. M.; GONÇALVES, M. A. G.; SIMÕES, R. T.; QUINTANA, S. M.; DUARTE, G.; DONADI, E. A. Influência da Infecção pela HIV-1 sobre a presença do HPV em lesões do colo uterino. **DST. J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 16, n. 1, p. 21-25, 2004.

FERREIRA, M. P. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, supl. 1, p. 65-71, 2008.

FIGUEIREDO, G.L.A.; MELLO, D.F. Child health care in Brazil: aspects of program vulnerability and human rights. **REV LATINO-AM ENFERMAGEM**, vol. 15, n.6, p.1171-1176, 2007.

FONSECA, M.G.F.; BASTOS, F.I.; DERRICO, M.; ANDRADE, C.L.T.; TRAVASSOS, C.; SZWARCOWALD, C.L. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 16(Sup. 1):77-87, 2000.

FREITAS, C.M.; SÁ, I.M.B. Por um gerenciamento de riscos integrado e participativo na questão de agrotóxicos. In: PERES, F; MOREIRA, JC (orgs.). **É veneno ou é remédio? Agrotóxicos, saúde e ambiente**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, p. 211-250. 2003.

GONTIJO DT. Crianças e adolescentes em situação de rua: contribuições para a compreensão dos processos de vulnerabilidade e desfiliação social. **CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA**, v. 14, n. 2, p. 467-475, 2009.

GALVIN, S.; COHEN, M. The role of sexually transmitted diseases in HIV transmission. **Nat. Rev. Microbiol.**, v. 2, p. 33-42, 2004.

GAMARRA, C. J.; PAZ, E. P. A.; GRIEP, R. H. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de papanicolaou entre mulheres argentinas. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 270-276, 2005.

GUANILO, M. C. T. U.; MOURA, R. F.; CONCEIÇÃO, C. A.; NICHATA, L. Y. I. Papilomavírus humano e neoplasia cervical: a produção científica dos países da América latina e Caribe nos últimos 11 anos. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 18, n. 1, p. 58-61, 2006.

GUILHERME, D. **Escravas do risco: bioética, mulheres e Aids**. Brasília: UnB/Finatec; 2005.

HACKENHAAR, A. A.; CESAR, J. Á.; DOMINGUES, M. R. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 9, n. 1, p. 103-111, 2006.

HARRIS, T. G.; BURK, R. D.; PALEFSKY, J. M.; MASSAD, L. S.; BANG, J. Y.; ANASTOS, K.; MINKOFF, H.; HALL, C. B.; BACON, M. C.; LEVINE, A. M.; WATTS, D. H.; SILVERBERG, M. J.; XUE, X.; MELNICK, S. L.; STRICKLER, H. D. Incidence of cervical squamous intraepithelial lesions associated with HIV serostatus, CD4 cell counts, and human papillomavirus test results. **J. Am. Med. Assoc.**, v. 293, n. 12, p. 1471-1476, 2005.

HEIKINHEIMO, O.; LAHTENMAKI, P. Contraception and HIV infection in women. **Hum. Reprod. Update**, v. 15, n. 2, p. 165-176, 2009.

HOFFMANN C.; CHOW K.U.; WOLF E.; *et al.* Strong impact of highly active antiretroviral therapy on survival in patients with human immunodeficiency virus-associated Hodgkin's disease. *Br J Haematol.* 125(4): 455-62, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA). **Viva mulher**. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Disponível em: [HTTP://www.inca.gov.br/prevenção/programas/vivamulher/manual/documentos/lesoes.pdf](http://www.inca.gov.br/prevenção/programas/vivamulher/manual/documentos/lesoes.pdf). Acesso em: 11 jan. 2009.

_____. Normas e recomendações do INCA: periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 48, n. 1, p. 13-15, 2002.

JEKEL, J.F.; ELMORE, J.G.; KATZ, D.L. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. Porto Alegre, ARTMED, 1999.

[JONG, E.](#); [MULDER, J. W.](#); [VAN GORP, E. C.](#); [WAGENAAR, J. K.](#); [DERKSEN, J.](#); [WESTERGA, J.](#); [TOL, A.](#); [SMITS, P. H.](#) The prevalence of human papillomavirus (HPV) infection in paired urine and cervical smear samples of HIV-infected women. **J. Clin. Virol.**, v. 41, n. 2, p. 111-115, 2008.

KOJIC, E. M.; CU-UVIN, S. Special care issues of women living with HIV-AIDS. **Infect. Dis. Clin. North Am.**, v. 21, n. 1, p. 133-148, 2007.

LESSICK, M.; WOODRING, B. C.; NABER, S.; HALSTEAD, L. Vulnerability: a conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. **J. Perinat. Neonatal Nurs.** v. 6, n. 3, p. 1-14, 1992.

MAIA, C.; GUILHERM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 242-248, 2008.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: ABIA:IMS/UERJ, 1993. (Coleção História Social da Aids, n.1).

MARTINS, L. F. L.; THULER, L. C. S.; VALENTE, J. G. Cobertura do exame de papanicolaou no Brasil e seus determinante: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, n. 8, p. 485-492, 2005.

MASSAD, L. S.; SILVERBERG, M. J.; SPRINGER, G.; MINKOFF, H.; HESSOL, N.; PALEFSKY, J. M.; STRICKLER HOWARD, D.; LEVINE ALEXANDRA, M.; SACKS, H. S.; MOXLEY, M.; WATTS, D. H. Effect of antiretroviral therapy on the incidence of genital warts and vulvar neoplasia among women with the human immunodeficiency virus. **Am. J. Obstetr. Gynecol.**, v. 190, n. 5, p. 1241-1248, 2004.

MATSUO, T.; YUAHASI, K. K.; CANCIAN, S. J.; KOGUICHI, R. S. Evaluation of surrogate markers for human immunodeficiency virus infection among blood donors at the blood bank of "Hospital Universitário Regional Norte do Parana". **Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo.**, v. 45, p. 23-27, 2003.

MAVALA, R. From HIV prevention to HIV protection: addressing the vulnerability of girls and young women in urban areas. **Environ. Urban.**, v. 18, n. 2, p. 407-432, 2006.

MARINS, J.R.P.; JANAL, E. F.; SANNY, Y.C.; BARROS, M.; HUDES *et al.* Dramatic Improvement in Survival Among Adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*, 17:1675-1682, 2003.

MBIZVO, E. M.; MSUYA, S. E.; PEDERSEN, B. S.; CHIRENJE, M. Z.; HUSSAIN, A. Cervical dyskaryosis among women with and without HIV: prevalence and risk factors. **Int. J. STd Aids**, v. 16, p. 789-793, 2005.

MEDEIROS, B.; SILVA, J.; SALDANHA, A. A. W. **“Morte e morrer” e qualidade de vida: a influência da participação social e da religiosidade na sobrevivência de pessoas acima de 50 anos HIV+.** In: CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS, 9., 2008. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/pdf/374.pdf>. Acesso em: 13 jan 2009.

MEDEIROS, B. **Religiosidade e culpabilidade:** uma investigação sobre o bem-estar psicológico. Monografia (Graduação Psicologia) - Centro Universitário de João Pessoa, João Pessoa, 2006.

MENDONÇA, M.; CAMARGO, R. C.; FERREIRA, R. C.; SILVA, R. E. Tabagismo e sua inter-relação com doenças ginecológicas. **J. Bras. Med.**, v. 86, n. 3, p. 60-63, 2004.

MENDONÇA, V. J.; GUIMARÃES, M. J. B.; LORENZATO, F. R. B.; MENDONÇA, J. G.; MENEZES, T. C. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas

das mulheres residentes na cidade do Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 30, n. 5, p. 248-255, 2008.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

MIRANDA KCL.; BARROSO MGT. Mulheres e homens enfrentando a infecção pelo HIV/AIDS. In: Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV, organizadoras. Saúde da família: abordagem multirreferencial em pesquisa. Fortaleza (CE): Edições UVA, p.197-216, 2002.

MONINI, P.; SGADAI, C.; TOSCHI, E.; BARILLARI, G.; ENSOLI, B. Antitumor effects of antiretroviral therapy. **Nat. Rev. Cancer**, v. 4, p. 11, p. 861-875, 2004.

MONTANER, J. S.; HOGG, R.; WOOD, E.; KEER, T.; TYNDALL, M.; LEVY, A. R.; HARRIGAN, P. R. The case of expanding access to highly active anti-retroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic. **Lancet**, v. 368, p. 531-536, 2006.

MORALES, A. U.; BARREDA, P. Z. Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 822-829, 2008.

MORRISON, C. S.; RICHARDSON, B. A.; MMIRO, F.; CHIPATO, T.; CELENTANO, D. D.; LUOTO, J.; MUGERWA, R.; PADIAN, N.; RUGPAO, S.; BROWN, J. M.; CORNELISSE, P.; SALATA, R. A. For the hormonal contraception the risk of HIV acquisition study group. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition. **AIDS**, v. 21, p. 85-95, 2007.

MOTSHEDISI, H. S. Hiv and gynaecological infections. **Baillière's Best Pract. Res. Clin. Obstetr. Gynaecol.**, v. 19, n. 2, p. 231-241, 2005.

MURPHY, P. A.; SCHWARZ, E. B.; DYER, J. M. Cervical câncer screening practices of certified nurse-midwives in the United States. **J. Midwifery Women's health.**, v. 53, n. 1, p. 11-18, 2008.

MYER, L.; DENNY, L.; WRIGHT, T. C.; KUHN, L. Prospective study of hormonal contraception and women's risk of HIV infection in south Africa. **Int. J. Epidemiol.**, v. 36, p. 166-174, 2007.

MYER, L.; WHIGHT JR., T. C.; LYNETTE, D.; KUHN, L. Nested case-control study of cervical mucosal lesions, ectopy, and incident HIV infection among women in cape Town, South Africa. **Sex. Transm. Dis.**, v. 33, n. 11, p. 683-687, 2006.

NICHIATA, L. Y. I.; BERTOLOZZI, M. R.; TAKAHASHI, R. F.; FRACOLLI, L. A. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 16, n. 5, p. 923-928, 2008.

NICOL, A. F.; FERNANDES, A. T. G.; ALMEIDA, M. G. B. Immune response in cervical dysplasiainduced by human papillomavirus: the influence of human immunodeficiency virus-1 co-infection – Review. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, v. 100, n. 1, p. 1-12, 2005.

NOGUSHI, N. E. O. **A vulnerabilidade de mulheres matriculadas em um serviço especializado em DST/AIDS do município de São Paulo ao HIV**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

OLIVEIRA, J. S. C.; LIMA, F. L. A.; SALDANHA, A. A. W. Qualidade de vida em pessoas com mais de 50 anos HIV+: um estudo comparativo com a população geral. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 20, supl. 1, 2008. Disponível em: <http://www.uff.br/dst/arquivos-pdf/programa-congresso-2008.pdf>. Acesso em; 14 jan 2008.

ONUSIDA; OMS, 2007. Program conjunto das nações unidas sobre El VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de La Salud (OMS). Situacion de La epidemia de sida: informe especial sobre La prevención del VIH: diciembre de 2007. Ginebra: 2007)

PARHAM, G. P.; SAHASRABUDDHE, V. V.; MWANAHAMUNTU, M. H.; SHEPHERD, B. E.; [HICKS, M. L.](#); [STRINGER, E. M.](#); [VERMUND, S. H.](#) Prevalence and predictors of squamous intraepithelial lesion of the cervix in HIV-infected women in Luzaka-Zambia. **Gynecol. Oncol.**, v. 103, n. 3, p. 1017-1022, 2006.

PEREIRA, M.P.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 5ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

PEREYRA, E. A. G.; PARELLADA, C. I. **Entendendo melhor a infecção pelo papilomavírus humano**. São Paulo: Artmed, 2003.

PHILLIPS, C. A. Vulnerability in family systems: application to antepartum. **J. Nurs. Res.**, v. 14, n. 6, p. 703-720, 1992.

PIKETTY, C.; KAZATCHKINE, M. D. Human papillomavirus-related cervical and anal disease in HIV-individuals in the era of highly active antiretroviral therapy. **Curr. HIV/AIDS Rep.**, v. 2, n. 3, p. 140-143, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PUDNEY, J.; QUAYLE, A. J.; ANDERSON, D. J. Immunological microenvironments in the human vagina and cervix: mediators of cellular immunity are concentrated in the cervical transformation zone. **Biol. Reprod.**, v. 73, p. 1253-1263, 2005.

QUEIROZ, C.; TRAVASSOS, A. G.; STUDART, E.; ARAÚJO, J. B. F.; SARNO, C. K.; PINHEIRO, C. C. Prevalence of human papilloma vírus in HIV- positive and HIV- negative patients in the State of Bahia. A pilot study. **Braz. J. Infect. Dis.**, v. 8, n. 5, p. 356-362, 2004.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**. 8. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. p. 255.

_____. **Manual de HIV/aids**. 9. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. p. 89-90.

RIVA, E.; SERRAINO, D.; PIERANGELI, A.; BAMBACIONI, F.; ZANIRATTI, S.; MINOSSE, C.; [SELLERI, M.](#); [BUCCI, M.](#); [SCAGNOLARI, C.](#); [DEGENER, A. M.](#); [CAPOBIANCHI, M. R.](#); [ANTONELLI, G.](#); [DIANZANI, F.](#) Markers of human papillomavirus infection and their correlation with cervical dysplasia in human immunodeficiency vírus-positive women. **Clin. Microbiol. Infect.**, v. 13, n. 1, p. 86-108, 2007.

RICCI, M.D.; SILVA, R.V.; FILASSI, J.R.; MUNHOZ, A.M.; GIRIBELA, A.H.G.; PIATO, J.R.M.; BARACAT, E.C. Análise ética do diagnóstico do câncer de mama. **Einstein**. 5(3): 220-224, 2007.

ROGERS, A. C. Vulnerability, health and health care. **J. Adv. Nurs.**, v. 26, n. 1, p. 65-72, 1997.

SEIDL, E. M. enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com hiv/aids. **Psicol. Est.**, v. 10, n. 3, p. 421-429, 2005.

SILVA, D. W.; ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; TURINI, B.; SCHNECK, A.; LOPES, M. L. S. Cobertura e fatores associados com a realização do exame papanicolaou em município do sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 28, n. 1, p. 24-31, 2006.

SILVA, R. J. O.; REIS, A. F. F.; RUSSOMANO, F. B.; FIALHO, S. C. A. V.; GRINZTYN, B. Lesões intraepiteliais do colo útero em pacientes infectadas pelo HIV. **DST. J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 15, n. 3, p. 16-20, 2003.

SILVEIRA, M. F.; BÉRIA, J. U.; HORTA, B. L.; TOMASI, E. Autopercepção de vulnerabilidade as doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 670-677, 2002.

SIMON, V. HO, D. D; ABDOOL KARIM, Q. HIV/Aids epidemiology, pathogenesis, prevention, and treatment. **Lancet**, v. 358, p. 489-504, 2006.

SIDAT, M. FAIRLEY, C. GRIERSON, F. Experiences and Perceptions of Patients with 100% Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy: A Qualitative Study. **AIDS Patient CARE and STDsv**.21, n.7, p. 510-20, 2007.

SIGNORINI, D.J.H.P. **Elaboração de um Modelo de entrada de dados em HIV/AIDS visando efetuar estudos clínicos e epidemiológicos de pesquisa e uma Análise de Sobrevida dos pacientes com AIDS atendidos em um Hspital Universitário na cidade do Rio de Janeiro, 1995- 2002**. Dissertação de Mestrado. Curso de Saúde Pública. Área de Epidemiologia. ENSP, FIOCRUZ, 2004.

SOUSA, M. C. P.; ESPÍRITO SANTO, A. C. G.; MOTTA, S. K. A. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. **Saúde Soc**. v. 17, n. 2, p. 58-68, 2008.

SOUZA, N. S. T.; MELO, V. H.; CASTRO, L. P. F. Diagnóstico da infecção pelo HPV em lesões do colo do útero em mulheres HIV+: acuidade da histopatologia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstetr.**, v. 23, n. 6, p. 355-361, 2001.

SOUZA, K. V.; TYRRELL, M. A. R. Os fatos e atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres de classes populares. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 47-54, 2007.

SOUSA, V.D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I.A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: Desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev. Lat-am Enfermagem**. Maio-junho; 15(3). 2007.

STENSON, J. **Número de parceiros sexuais**: factor chave no risco de cancro do colo do útero. Disponível em: <<http://www.aidsportugal.com/article.php?sid=1679>> Acessado em: 2008 jan 15.

STIER, E. M. D. Cervical neoplasia and the HIV-infected patient. **Hematol. Oncol. Clin North Am.**, v. 17, p. 873-887, 2003.

SCHAURICH, D.; MEDEIROS, H.M.; MOTA M.G.C. Vulnerabilidades no viver de crianças com AIDS. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 284-90, 2007.

SANTOS, N.J.S, TAYRA A., SILVA SR, BUCHALLA CM, LAURENTI R. A aids no estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *REV. BRAS. EPIDEMIOL.* v.5, n.3, p. 286-310, 2002.

SÁNCHEZ, A.I.M & BERTOLOZZI MR.. *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*, v.12, n.2, p.319-324, 2007.

TAKAHASHI, R. F. **Marcadores de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte por HIV e AIDS.** Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; PAULA, M. C. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, v. 37, n. 3, p. 210-214, 2004.

TEIXEIRA, J. J.; LEFÈVRE, F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. *Rev. Bras. Cancerol.*, v. 53, n. 2, p. 159-166, 2007.

THULER, L. C. S. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 30, n. 5, p. 216-218, 2008.

TOMIKA, L. Y. Alimentação pode diminuir risco de câncer de colo, revela USP. Disponível em: <<http://cienciaesaude.uol.com.br/ultnot/estado/2007/12/18/ult4513u673.jhtm>> Acesso em: 18 dez 2007.

UNAIDS. **Global coalition on women and AIDS.** Disponível em: <<http://womenandaids.org>>. Acesso em: 15 nov 2006.

UNAIDS. **The global HIV challenge:** assessing progress, identifying obstacles, renewing commitment. Report on the global aids epidemic. 2008. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510_2008_global_report_pp11_28_en.pdf. Acesso em: 18 jan 2009.

WILLIAMS, A. B. Gynecologic care for women with HIV infection. *J. Obstetr. Gynecol. Neonatal Nurs.*, v. 32, n. 1, p. 87-93, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Comprehensive cervical control: a guide to essential practice.** Geneva, 2006a.

_____. **Sexual and reproductive health of women living with HIV/Aids.** Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/aids and their children in resource constrained settings. 2006b. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf>. Acesso em: 15 nov 2008.

VETTORE, M. V.; SCHECHTER, M.; MELO, M. F.; BOECHAT, L. J.; BARROSO, P. F. Genital HIV-1 viral load is correlated with blood plasma HIV-1 viral load in Brazilian women and is reduced by antiretroviral therapy. **J. Infect.**, v. 52, n. 4, p. 290-293, 2006.

ZIMMERMMANN, J. B.; MELO, V. H.; CASTRO, L. P. F.; AVES, M.; ZIMMERMMANN, S. G.; CASTILLO, D. M. D. Associação entre a contagem e linfócito T CD4+ e a gravidade da neoplasia intra-epitelial cervical diagnosticada pela histopatologia em mulheres infectadas pelo HIV. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 28, n. 6, p. 345-351, 2006.

YAMAMOTO, C. T.; BUDEL, V. M.; GASPARIN JÚNIOR, P.; ARAÚJO, C. P. G.; SCHUB, C. G.; SALLES JÚNIOR, G.; INÁCIO, C. M.; CORRÊA NETO, M. A.; MINIOLI, P. S.; SATO, H. K.; ARAÚJO, U. Citofotometria do ADN de células do colo de útero infectados e não infectadas pelo papiloma vírus humano. **Rev. Méd. Paraná**, v. 60, n. 1, p. 12-18, 2002.