

MULHERES COM HIV: CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E DA PREVENÇÃO DE CÂNCER CERVICAL

WOMEN WITH HIV: INDIVIDUAL CHARACTERISTICS AND CERVICAL CANCER PREVENTION

MUJERES CON VIH: CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y DE LA PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICAL

MARLI TERESINHA GIMENIZ GALVÃO¹

JULYANA GOMES FREITAS²

ÊNIA COSTA³

IVANA CRISTINA VIEIRA DE LIMA⁴

DANIELE MARY SILVA DE BRITO⁵

MARIA ALBERTINA ROCHA DIÓGENES⁶

Objetivou-se descrever características individuais, ginecológicas e sexuais em mulheres com HIV/Aids. Em serviço de referência para o controle de câncer em Fortaleza, Ceará-Brasil, avaliaram-se 34 mulheres mediante entrevista e coleta de secreção cervical em 2008. Das participantes a idade variou de 17 a 54 anos, 23(67,7%) apresentavam AIDS, 19(55,8%) eram de classe econômica baixa, 15(44,1%) casadas, 32(94,1%) informaram até três parceiros sexuais nos últimos 12 meses e 18(52,9%) relataram realizar exame de câncer de colo do útero anualmente. daquelas que referiram doença sexualmente transmissível prévia, 66,6% informaram Papilomavírus Humano. Ao exame de prevenção, 9,6% apresentavam lesões sugestivas de alterações celulares e 5,8% lesão intra-epitelial de baixo grau. Conclui-se que as mulheres infectadas pelo HIV/aids detêm fortes riscos que contribuem para o desenvolvimento precoce do câncer cervical.

DESCRIPTORIOS: HIV; Prevenção do Câncer de Colo do Útero; Enfermagem.

This research aimed to describe individual, gynecological and sexual characteristics in women with HIV/AIDS. Thirty-four women were assessed at a reference service for cancer control in Fortaleza, Ceara-Brazil in 2008, using interviews and cervical secretion collection. Participants' ages ranged from 17 to 54 years, 67.7% had aids, 55.8% belonged to low socioeconomic level, 44.1% were married, 94.1% informed up to three sexual partners in the previous year and 52.9% reported an annual cervical cancer examination. Among the women who mentioned an earlier sexually transmitted disease, 66.6% informed the Human Papillomavirus. In the prevention exam, 9.6% presented injuries that suggested cell alterations and 5.8% low-degree intra-epithelial lesion. It was concluded that the women who were infected by HIV/aids present strong risks that contribute to the early development of cervical cancer.

DESCRIPTORS: HIV; Cervix Neoplasms Prevention; Nursing.

La finalidad fue describir las características individuales, ginecológicas y sexuales en mujeres con VIH/SIDA. En un hospital de referencia en tratamiento y control de cáncer, en la ciudad de Fortaleza, Ceará-Brasil, se evaluó a 34 mujeres a través de entrevista y recolecta de secreción cervical, en 2008. La edad de las participantes osciló entre 17 a 54 años, 23 (67,7%) tenían sida, 19 (55,8%) eran de nivel socioeconómico bajo, 15 (44,1%) casadas, 32 (94,1%) informaron hasta tres parejas sexuales en los últimos 12 meses y 18 (52,9%) mencionaron que hacían la prueba de cáncer de cuello uterino anualmente. Entre aquellas que indicaron enfermedad sexualmente transmisible previa, el 66,6% informó el virus del Papiloma Humano. En la prueba de prevención, el 9,6% tenía lesiones sugestivas de alteraciones celulares y el 5,8% lesión intra-epitelial de bajo grado. Se concluye que las mujeres infectadas por VIH/sida poseen mayores riesgos y esto contribuye al desarrollo precoz del cáncer cervical.

DESCRIPTORES: VIH; Prevención de Câncer de Cuello Uterino; Enfermería.

¹ Enfermeira. Doutora em Doenças Tropicais. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Pesquisadora do CNPq. Rua Marcos Macedo, 1350, Apto. 702 — Aldeota. CEP: 60150-190. Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: marligalvao@gmail.com

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Bolsista FUNCAP, Brasil. E-mail: julyanapitt@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Bolsista CNPq, Brasil. E-mail: enia@bol.com.br

⁴ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC, Brasil. E-mail: ivanacristinalima@gmail.com

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Hospital São José de Doenças Infecciosas, Brasil. E-mail: danemel6@hotmail.com

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Brasil. E-mail: albertinadiogenes@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Em decorrência do avanço da infecção pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) na população feminina, verifica-se aumento de neoplasias nesta população, entre elas o câncer cérvico-uterino⁽¹⁻²⁾.

Como descrito, a vulnerabilidade da mulher com HIV ao câncer cérvico-uterino se justifica pelo estado de imunodepressão que torna favorável a rápida evolução das lesões cervicais, em especial as causadas pelo Papilomavírus Humano (HPV).

Mulheres infectadas pelo HIV têm probabilidade cinco vezes maior que as não infectadas de apresentarem lesões precursoras do câncer cervical invasivo⁽³⁾. E, na co-infecção pelo HPV, o risco é treze vezes maior do que nas mulheres soronegativas de desenvolver neoplasia intra-epitelial cervical (NIC)⁽⁴⁻⁵⁾.

No relacionado à progressão do câncer, pesquisas compararam mulheres infectadas e não infectadas e, segundo observaram, o intervalo para progressão à doença invasiva era de 3,2 anos, em comparação a 15,7 anos em mulheres HIV negativas. Indica-se, então, a urgente implementação de medidas de prevenção para essa população⁽⁶⁾.

Por ser o câncer de colo uterino doença com alto potencial de prevenção e cura, faz-se necessário um diagnóstico precoce. Desta forma, as mulheres infectadas pelo HIV devem submeter-se ao exame citológico de colo uterino (Papanicolaou) tão logo se estabeleça a infecção pelo HIV.

No Brasil, de acordo com recomendações do Ministério da Saúde, deve-se realizar a prevenção do câncer de colo uterino em mulheres infectadas pelo HIV em períodos mais curtos do que o determinado para as mulheres em geral. Indica-se o Papanicolaou após o diagnóstico inicial do HIV e, em face do resultado negativo, deve ser repetido seis meses depois. Mantida a ausência de evidências de NIC, é preciso repetir a colpocitologia anualmente. Entre as mulheres infectadas pelo HIV, somente as portadoras de atipias

à colpocitologia devem ser referidas para a colposcopia e biópsia dirigida⁽⁷⁾.

O estado de imunocompetência do indivíduo ocasionado pelo HIV influencia a evolução das lesões cervicais, pois o vírus suprime gradualmente a imunidade deste ao destruir as células com o receptor T CD4+^(2,8). Associadas à situação imunológica deficitária, há outras situações favoráveis ao desenvolvimento do câncer cervical, tal como ocorre com considerável parcela de mulheres, como a baixa condição socioeconômica, a coitarca precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, o tabagismo, a higiene íntima inadequada e o uso prolongado de contraceptivos orais. Soma-se ainda a participação das doenças sexualmente transmissíveis. Nesse caso, o HPV tem papel importante no desenvolvimento da neoplasia das células cervicais e na sua transformação em células cancerosas⁽⁹⁾.

O câncer cérvico-uterino é uma das doenças crônico-degenerativas mais temidas, em razão do seu alto grau de letalidade e morbidade. Em contraposição, apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando próximo a 100%, quando diagnosticado precocemente a partir do exame Papanicolaou. Como mostra o dia-a-dia, em 80% dos casos pode ser tratado em nível ambulatorial⁽¹⁰⁾.

Dessa forma, a detecção precoce do câncer do colo uterino em mulheres assintomáticas, por meio do exame citopatológico, popularmente conhecido como Papanicolaou, permite a detecção das lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas.

Assim, objetivou-se descrever características individuais, ginecológicas e sexuais em mulheres com HIV/Aids.

METODOLOGIA

Estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido no Instituto de Prevenção

do Câncer (IPC), em Fortaleza. Trata-se de uma Unidade de Referência Estadual de Saúde no atendimento preventivo, ambulatorial e cirúrgico voltado para o câncer ginecológico e de mama. Esta unidade de saúde dispõe de uma equipe multiprofissional para o atendimento de sua clientela.

A população do estudo foi consecutiva e constituiu-se de 34 mulheres portadoras de HIV/aids, submetidas ao exame de prevenção de câncer de colo uterino, mediante o Papanicolaou, no primeiro bimestre de 2008. Referida participação exigiu critérios de inclusão, tais como: conhecer o diagnóstico da infecção pelo HIV/aids; ter idade igual ou superior a 18 anos.

A coleta dos dados desenvolveu-se mediante consulta de enfermagem com o procedimento do exame de prevenção de câncer de colo uterino. Após informarem consentimento para participar da pesquisa, procedia-se à captação dos dados. Utilizou-se um formulário com perguntas que buscavam investigar os dados sociodemográficos, comportamentais, questões relativas ao HIV/aids, antecedentes ginecológicos, sexuais e reprodutivos. Posteriormente à consulta, buscava-se o resultado do exame de prevenção do câncer de colo do útero, que se encontrava anexado, aproximadamente quinze dias após o exame. Todas as mulheres submetidas ao exame com alterações visíveis ou com resultado alterado eram encaminhadas ao especialista no próprio serviço.

Os dados coletados foram processados pelo SPSS versão 14.0 e analisados de maneira descritiva, calculando-se as frequências absolutas e relativas.

Como determinado nos estudos com seres humanos, obteve-se aprovação da investigação pelo Comitê de Ética do Hospital São José, sob protocolo nº 023/2007. A anuência das participantes foi formalizada mediante assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

As características das 34 mulheres portadoras do HIV que foram avaliadas em consulta de enfermagem e submetidas ao exame de prevenção de câncer cérvico-uterino estão apresentadas na tabela 1.

Conforme mostra esta tabela, a idade variou de 17 a 54 anos e 15 mulheres (44,1%) encontravam-se na faixa etária de 30 a 39 anos. A cor auto-referida foi a parda (70,6%). Quanto à situação conjugal, 15(44,1%) eram casadas, as demais se encontravam em outras situações e seis (17,6%) estavam viúvas em decorrência da morte do companheiro por aids. Além disso, a maior parte, 31(91,2%), era procedente da capital. De acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), segundo se observa, a maioria era proveniente de classe econômica baixa. Quanto à situação funcional, 27(79,5%) encontravam-se desempregadas no dia da entrevista.

No relacionado aos antecedentes sexuais, 21(61,8%) das mulheres referiram atividade sexual no momento, enquanto as demais (38,2%) informaram não ter parceiro. Duas mulheres informaram abstinência sexual após a descoberta da infecção pelo HIV. Ao se investigar o número de parceiros sexuais na vida, este variou de um até mais de dez parceiros. Já ao se investigar esse número no último ano, 32 (94,1%) mulheres informaram de um a três parceiros.

Sobre as fases da infecção pelo HIV, 11(32,3%) mulheres eram portadoras de HIV enquanto 23(67,6%) já haviam desenvolvido a doença, ou seja, tinham aids.

Em relação ao tempo de conhecimento do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, 16(47,0%) têm conhecimento do diagnóstico há mais de sete anos. (Tempo mínimo 4 meses; máximo 17 anos).

Tratando-se da categoria de exposição, a grande maioria tinha convicção de terem sido contaminadas por via heterossexual, 30(88,2%).

Tabela 1 — Características sociodemográficas das 34 mulheres submetidas ao exame de prevenção de câncer de colo uterino. Fortaleza, CE, Brasil, 2008

Características individuais	Nº	%
Idade (anos)		
≤ 29	4	11,7
30-39	15	44,1
40-49	12	17,7
≥ 50	3	8,8
Cor		
Branca	7	20,6
Parda	24	70,5
Preta	3	8,9
Situação civil		
Casada	15	44,1
Outras	19	55,8
Procedência		
Capital	31	91,2
Interior	3	8,8
Classe Socioeconômica (CCEB)		
B	2	5,9
C	13	38,2
D	19	55,8
Situação Funcional		
Empregada	5	14,7
Desempregada	27	79,5
Aposentada	2	5,8
Fase da doença		
HIV (infecção assintomática)	11	32,3
AIDS (doença instalada)	23	67,7
Tempo de diagnóstico (anos)		
≤ 6	18	53,0
≥ 7	16	47,0
Categoria de exposição		
Heterossexual	30	88,2
Outra	4	11,8

A seguir, na tabela 2, apresentam-se as características ginecológicas, sexuais e de risco das 34 mulheres portadoras de HIV/aids submetidas ao exame de prevenção de câncer de colo uterino.

Tabela 2 — Características ginecológicas, sexuais e de risco das 34 mulheres portadoras do HIV/Aids submetidas ao exame de prevenção de câncer de colo uterino. Fortaleza, CE, Brasil, 2008

Características ginecológicas, sexuais e de risco	Nº	%
Menarca (anos)		
11- 13	15	44,1
14-16	14	41,2
≥ 17	5	14,7
Coitarca (anos)		
12-19	23	67,6
20-30	9	26,5
Não lembra	2	5,8
Último exame de prevenção Papanicolaou (anos)		
< 1	10	29,4
1- 2	17	50,0
≥ 3	7	20,5
Periodicidade do Papanicolaou		
Semestral	3	8,8
Anual	18	52,9
Em algum período da vida	13	34,3
Parceiro sexual no momento		
Sim	21	61,8
Não	13	38,2
Parceiros sexuais na vida (número)		
≤ 3	16	47,1
≥ 4	18	52,9
Parceiros sexuais no último ano (número)		
≤ 3	32	94,1
≥ 4	2	5,8
História de câncer na família		
Sim	26	76,4
Não	8	23,6
Tabagismo		
Não fumante	20	58,8
Fumante	14	41,2
DST prévia		
Sim	15	44,1
Não	19	55,8
Tipos de DST referidas*		
HPV	10	66,6
Herpes	4	26,6
Outras	4	26,6

* Uma mulher pode ter referido mais de uma DST.

Conforme exposto nesta tabela, entre as mulheres portadoras de HIV/aids, 29(85,3 %) referiram menarca entre os 11 e 16 anos. Além disso, 23(67,6%) iniciaram atividade sexual antes dos 19 anos.

Quando se investigou a última prevenção do câncer, 24(70,5%) delas afirmaram não realizar a prevenção do câncer de colo regularmente, mas 18(52,9%) referiram fazer o exame anualmente e

13(34,3%) em algum período da vida sem saber precisar o tempo, entretanto superior a um ano.

Em relação à sexualidade, 21(61,8%) das mulheres confirmaram atividade sexual no momento e as demais (38,2%) informaram não ter parceiro. Ressalta-se que duas mulheres optaram pela abstinência sexual após a descoberta da infecção pelo HIV. O número de parceiros sexuais na vida variou de um único até mais de dez. No último ano, 32 (94,1%) mulheres tiveram de um a três parceiros.

Ao se investigar presença de câncer na família, 76,4% das mulheres mencionaram ter um ou mais familiar (primeiro grau) com tal diagnóstico. Sobre o uso de produtos ou substâncias ofensivas como cigarro, 14(41,2%) mulheres eram fumantes. Ainda: a presença de Doença Sexualmente Transmissível (DST) em algum período da vida foi referida por 15(44,1%) mulheres, e o Papilomavírus Humano (HPV) por 66,6% delas.

A seguir, na tabela 3, consta o resultado do exame de prevenção de câncer ginecológico pelo método Papanicolaou das 34 mulheres com HIV/aids.

Tabela 3 — Resultado do exame de prevenção de câncer ginecológico pelo método de Papanicolaou das 34 mulheres com HIV/aids. Fortaleza, CE, Brasil, 2008

Exame Papanicolaou	Nº	%
Resultado do teste de Schiller		
Negativo	25	73,5
Positivo	9	26,5
Epitélios representados na amostra		
Escamoso	5	14,7
Escamoso/Glandular	2	5,8
Escamoso/Metaplásico	13	38,2
Escamoso/Glandular/Metaplásico	14	41,2
Atípicas celulares		
Células Atípicas de Significado Indeterminado	2	5,8
Atípicas em Células Escamosas	2	5,8
Ausência de Atípicas	30	88,4%
Microbiologia		
Lactobacillus SP	5	14,7
Lactobacillus sp + Cocos	17	50,0
Cocos	3	8,8
Lactobacillus sp + Cocos + Cândida SP	2	5,8
Cocos + Trichomonas vaginalis	1	2,9

Pela tabela 3, vêem-se os resultados do exame de prevenção do câncer ginecológico, ao se utilizar a técnica de Papanicolaou. O teste de Schiller foi positivo em 9 (26,5%) das pacientes, indicando lesões sugestivas de alterações celulares. Em 14,7% dos resultados, observou-se epitélio escamoso e em 5,8% o escamoso/glandular. Já o epitélio escamoso associado ao glandular e metaplásico, foi identificado em 41,2% das secreções coletadas. No referente às atípicas celulares, duas mulheres apresentaram células atípicas de significado indeterminado/escamosas, possivelmente não neoplásicas, e em outros dois exames apresentaram atípicas em células escamosas: lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I). Esses resultados indicam o início de comprometimento celular, situação capaz de favorecer o desenvolvimento do câncer de colo uterino.

DISCUSSÃO

O câncer cervical é doença definidora de aids desde o início da década de 1990, instituído inicialmente pelo CDC⁽¹¹⁾. A literatura demonstra a ocorrência de câncer ginecológico entre as mulheres de modo geral na faixa etária entre 20 e 29 anos, com risco progressivo, até atingir seu ápice entre 35 e 39 anos⁽¹⁰⁾. Em consonância com estes dados, (44,1%) das participantes do presente estudo encontravam-se no intervalo de idade (30-39 anos), o qual se caracteriza por maior risco para aquisição de câncer de colo uterino, faixa etária semelhante à das com, HIV. Desse modo, há necessidade de se investir em protocolos de monitoramento de câncer nas mulheres infectadas pelo HIV, em virtude da forte associação entre câncer de colo uterino e HIV/aids⁽¹²⁾.

Diferentes fatores de risco facilitam o desenvolvimento de câncer ginecológico entre as mulheres, particularmente, idade entre 25 e 60 anos, casadas, idade sexual precoce, multiparidade, promiscuidade sexual, história de doença sexualmente transmissível

e baixa condição socioeconômica⁽¹⁰⁾. Entretanto, na vigência do HIV, soma-se a situação de imunodeficiência que provoca acelerada precocidade no aparecimento do câncer.

Como apregoado, a situação de empobrecimento tem sido fator de risco para a presença de câncer ginecológico⁽¹⁰⁾. Consoante esse fator, a maioria das mulheres do presente estudo encontram-se em situação de empobrecimento; elas são provenientes de classe social baixa. Assim, estão em situação de vulnerabilidade social por pertencerem a estrato social indicativo de pouco acesso a bens e serviços e elevado índice de desemprego.

Estudos são enfáticos ao mencionar a idade precoce da primeira relação sexual (coitarca) e a multiplicidade de parceiros como fatores de risco para o aparecimento de câncer ginecológico nas mulheres⁽²⁻⁴⁾. O número aumentado de parceiros confere uma situação de risco para a aquisição de DST, bem como amplia a possibilidade de re-infecção pelo HIV⁽¹³⁻¹⁴⁾. Pelo observado neste estudo, as mulheres portadoras do HIV tinham entre fatores de risco múltiplos parceiros sexuais durante a vida, pois (52,9%) indicaram quatro ou mais parceiros. A coitarca precoce também foi um achado relevante (67,6%).

Estudo realizado com 30 mulheres soronegativas para o HIV na cidade de Fortaleza revelou que 28 mulheres iniciaram a atividade sexual na adolescência, entre 14 e 20 anos, quando ainda não tinham conhecimento sobre práticas de sexo seguro, conforme algumas disseram, reforçando a vulnerabilidade para a aquisição de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), principalmente a exposição ao papilomavírus humano, comportamento que interfere no autocuidado. Verificou-se, ainda, que 18 tiveram de dois a sete parceiros sexuais, porém, apesar dessa multiplicidade de parceiros, a maioria (26) relatou se relacionar com um parceiro sexual de cada vez. Também a maioria, 23, não teve história de DST anterior ao HPV⁽¹⁵⁾. Observaram-se resultados aproximados no presente estudo quando se compara com a literatura, revelan-

do comportamentos de risco para aquisição do câncer cervical na população em geral.

Como adverte a literatura, o intervalo entre um exame de prevenção pode interferir no risco a que a mulher está exposta em virtude de possibilitar a detecção de alterações celulares precocemente. De acordo o Ministério da Saúde, em mulheres portadoras de HIV/aids, o exame citopatológico deve ser realizado semestralmente ou em intervalos menores⁽¹⁰⁾. Contudo, quando se compara o determinado pelo programa nacional e o observado na população estudada, não se confirma a observância desse intervalo.

O câncer de colo uterino tem uma evolução lenta, com fases pré-invasivas e, portanto benignas, chamadas de lesões intra-epiteliais cervicais. Rotineiramente, o tempo de evolução dessas lesões para a forma invasiva é de aproximadamente vinte anos. Este longo período permite ações de rastreamento através da educação em saúde, detecção e diagnóstico precoces em mulheres da população em geral. Já as mulheres infectadas pelo HIV apresentam maior gravidade e evolução mais rápida do câncer^(2,8), necessitando de vigilância relacionada à saúde sexual, especialmente na prevenção de câncer. Com base nesse estudo, deve-se enfatizar essas ações, pois elevado percentual de mulheres ainda se encontram com a prevenção ginecológica indefinida e, portanto, vulneráveis a carcinogênese do colo do útero.

Tal como ocorre em relação a outras doenças, entre estas a coronariana, a hipertensão arterial, o acidente vascular encefálico, a bronquite, o enfisema, o câncer, o tabagismo, em todas as suas formas, pode significar o risco de mortes prematuras e limitações físicas. Entre os tipos de câncer relacionados ao uso do tabaco, inclui-se o de colo de útero. Conforme a literatura, a mulher fumante tem um risco maior de infertilidade, câncer de colo de útero, menopausa precoce, dismenorréia e irregularidades menstruais^(10,16). O tabagismo é fator de risco importante, principalmente em usuárias de longo tempo, de cigarros sem filtro e jovens com mais de um parceiro⁽¹⁶⁾. Deste modo,

41,2% possuíam também esse risco, ampliando-se ainda mais as chances do desenvolvimento de câncer cervical.

Outro fator de risco para o câncer é a presença de DST nas mulheres. Estudo com mulheres infectadas e não infectadas pelo HIV demonstrou que o HPV variou de 52,8% a 73,2% entre as HIV — soropositivas e de 23,7 a 26% entre as soronegativas, apontando o aumento do papiloma vírus humano nas infectadas⁽¹⁷⁾. Igualmente, no presente estudo, observaram-se resultados aproximados quando se compara com a literatura. Logo, a infecção pelo HPV revela-se uma das mais prevalentes nessa população, constituindo um risco elevado para aquisição do câncer cervical.

Como mostram estudos da história natural do HPV nas mulheres, após a inoculação do vírus nos microtraumatismos durante o ato sexual, pode haver um período de incubação, variável entre duas semanas e oito meses relacionado com a competência imunológica individual. Como o contato sexual não produz verrugas genitais em todos os casos, torna evidente que a imunidade celular ou outros fatores locais influenciam decisivamente na transmissão do vírus. Segundo se supõe, o tempo de duração da lesão ou a carga viral estariam também relacionados com o grau de infectividade do HPV⁽¹⁸⁾.

A infecção pelo HPV está associada não só com maior vulnerabilidade às neoplasias intra-epiteliais cervicais (NIC), mas também com a rápida evolução nos graus das NIC, provavelmente em decorrência do *status* de imunossupressão⁽¹⁹⁾. As implicações dessas observações para o acompanhamento clínico são de que mulheres HIV positivas, mesmo sem infecção pelo HPV, mas com outros fatores de risco para o câncer cervical, devem ser submetidas a avaliações ginecológicas mais detalhadas e em menor intervalo de tempo.

O HPV compromete o funcionamento do organismo, causando desvios de saúde, sendo necessário que essas mulheres sejam agente ativo do autocuidado, requerendo adesão ao tratamento, assiduidade nas consultas e realização de cuidados prescritos. O

nível socioeconômico e educacional baixos, a instabilidade emocional, a negação, os sentimentos de culpa, os problemas familiares, sobretudo os conjugais, tendo em vista que a patologia envolve questões de infidelidade, e a baixa adesão do uso do condom pelos parceiros são fatores, geralmente, encontrados nesse grupo, que podem interferir na realização de medidas de autocuidado⁽¹⁵⁾.

De modo geral, a imunodeficiência severa relacionada ao HIV propicia a ocorrência de lesões cervicais de alto grau. No entanto, o tratamento anti-retroviral pode reduzir esse risco, provavelmente restaurando ou, no mínimo, preservando a função imunológica⁽²⁰⁾.

Consoante apontou estudo desenvolvido com mulheres portadoras de HIV ao avaliar lesões precursoras do câncer cervical, as lesões nessa população assumem características especiais. Elas são mais persistentes ou recidivantes após tratamentos convencionais ou, ainda, apresentam maior rapidez de progresso para lesões pré-invasivas graves, como a neoplasia intra-epitelial de alto grau⁽²¹⁾.

A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da junção escamo-colunar (JEC), tem sido considerada como indicador da qualidade do exame. Isto porque se originaram do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero. É oportuno que os profissionais atentem para a representatividade da JEC nos esfregaços cérvico-vaginais, sob pena de não propiciar à mulher todos os benefícios da prevenção do câncer do colo do útero⁽¹⁰⁾.

Segundo a literatura, as atípicas escamosas de significado indeterminado são divididas em dois tipos: alterações escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásicas (ASCUS de Bethesda) e alterações escamosas atípicas de significado indeterminado em que não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H — Bethesda)⁽²²⁾.

Nas mulheres portadoras do HIV, as lesões precursoras apresentam envolvimento cervical mais extenso e com mais frequência abrangem outros órgãos do trato genital inferior, tais como a vagina,

a vulva e a região perianal. Diante de citologia sugestiva de lesões de baixo e alto grau, o respectivo tratamento deve ser acompanhado de introdução de terapia anti-retroviral eficaz. Isso reduz o risco de recorrências, de progressão de lesões existentes e de persistência pós-tratamento⁽¹⁰⁾. Desse modo, o diagnóstico precoce também está associado com rastreamento do câncer cervical incluindo a acuidade e precisão de diagnosticar lesões neoplásicas e pré-neoplásicas verdadeiras.

No estudo citológico das mulheres estudadas observou-se na aplicação da solução de iodo que o teste de Schiller foi positivo em 26,5%, em decorrência, talvez, da presença do HPV e das alterações intra-epiteliais cervicais. Consoante estudo realizado no interior do Estado de São Paulo, identificou-se 47,4% de teste de Schiller positivo, proporção superior à observada na presente casuística⁽¹⁷⁾.

No relacionado às alterações epiteliais, estudo no Estado do Amazonas identificou 71% de alterações inflamatórias no exame citopatológico de mulheres infectadas pelo HIV e, ainda, pesquisador na casuística, 11,1% de alterações de baixo grau (NIC I/ HPV) e 2% de alterações de alto grau (NIC II/ NIC III e carcinoma microinvasor). No presente estudo, resultado da citologia evidenciou esfregaços com alterações inflamatórias, destacando-se 5,8% de lesão intra-epitelial de baixo grau. Esta proporção é inferior à obtida no estudo desenvolvido por pesquisadores⁽¹⁷⁾, provavelmente em virtude do reduzido número de mulheres da presente pesquisa.

A maioria das lesões de baixo grau (NIC I) em mulheres sem a infecção pelo HIV regride em períodos relativamente curtos ou não progride a lesões de alto grau⁽²³⁾. As mulheres imunodeprimidas, com resultado citológico alterado, têm risco aumentado de sofrerem lesão histopatológica mais grave, ou progressão da lesão, incluindo a evolução para o câncer do colo do útero. Recomenda-se, portanto, acompanhamento regular da mulher e colposcopia imediata⁽¹⁷⁾. Neste estudo, as mulheres com atipias celulares foram

encaminhadas para colposcopia no próprio serviço, considerado referência para prevenção e tratamento do câncer ginecológico.

Quanto aos aspectos da microbiologia das células do colo uterino, os achados foram: 50% de *Lactobacillus* sp + Cocos, 14,7% apenas o *Lactobacillus* sp, resultados normais. Esses agentes microbiológicos fazem parte da flora vaginal e não caracterizam infecções que necessitem de tratamento⁽¹⁷⁾.

Entre as alterações inflamatórias observadas no presente estudo, teve-se a candidíase. Tal achado também é comum em mulheres não infectadas pelo HIV. Entretanto, a candidíase vulvovaginal persistente, pouco responsiva a tratamento, tem sido vista como fator de alerta para a investigação da infecção pelo HIV. Em função da baixa imunidade, ela é persistente em mulheres infectadas⁽¹⁷⁾.

A vaginose bacteriana é mais prevalente e persistente entre mulheres infectadas pelo HIV⁽²³⁾. Associada ao HIV, a imunossupressão parece ser um fator de risco para as situações nas quais existem quadros mais graves de vaginoses. No entanto, neste essa situação não foi observada, provavelmente em virtude do restrito número amostral.

CONCLUSÃO

Neste estudo as mulheres apresentaram diversas situações que podem conduzi-las ao desenvolvimento do câncer de colo uterino, a saber: coitarca precoce; multiplicidade de parceiro; fase mais avançada da infecção pelo HIV; exposição prévia a DST, além da presença de lesões de HPV.

Embora o resultado do exame de prevenção de câncer cervical tenha mostrado alterações do teste de Schiller em 29,5% das mulheres, não se identificou presença de câncer invasivo. Esse fato demonstra a exigência da manutenção da prevenção ginecológica periódica para se detectar precocemente alterações, evitando-se assim a instalação de câncer na população estudada.

Ante os resultados, apesar de se tratar de uma amostra populacional restrita, sugere-se que as mulheres infectadas pelo HIV são vulneráveis ao desenvolvimento do câncer de colo de útero. Isso reforça a necessidade da intensificação do acompanhamento ginecológico e sobretudo a divulgação do protocolo de acompanhamento específico para essa população que indica acompanhamento inicial semestral do exame ginecológico.

REFERÊNCIAS

1. Clifford GM, Gonçalves MA, Franceschi S. HPV and HIV Study Group. *Aids*. 2006; 20(18):2337-44.
2. Sirivongrangson P, Bollen LJ, Chaovavanich A, Suksripanich O, Virapat P, Tunthanathip P, *et al*. Screening HIV-infected women for cervical cancer in Thailand: findings from a demonstration project. *Sex Transm Dis*. 2007; 34(2):104-7.
3. Rachid M, Schechter M. *Manual de HIV/Aids*. 8. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.
4. Harris TG, Burk RD, Palefsky JM, Massad LS, Bang JY, Anastos K, *et al*. Incidence of cervical squamous intraepithelial lesions associated with HIV serostatus, cd4 cell counts, and human papillomavirus test results. *J Am Med Assoc*. 2005; 293(12):1471-6.
5. Souza NST, Melo VH, Castro LPE. Diagnóstico da infecção pelo HIV em lesões do colo do útero em mulheres HIV positivas: acuidade da histopatologia. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001; 23(6):355-61.
6. Thomas JO. Acquired immunodeficiency syndrome associated cancers in Sub-Saharan Africa. *Semin Oncol*. 2001; 28(2):198-206.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de bolso das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
8. Zimmermann JB, Melo VH, Castro LPE, Alves MJM, Zimmermann SG, Del Castillo DM. Associação entre a contagem de linfócitos T CD4+ e a gravidade da neoplasia intra-epitelial cervical diagnosticada pela histopatologia em mulheres infectadas pelo HIV. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 8(6):345-51.
9. Moreno V, Bosch FX, Muñoz N. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with papillomavirus infection: The IARC multicentric case study. *Lancet*. 2002; 359:1085-92.
10. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas padronizadas: recomendações para profissionais de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
11. Center of Diseases Control (CDC). US Department of Health and Human Services. Treatment of opportunistic infections. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health [journal on Internet]. 2006 [cited 2010 jan 21]. Available from: <http://www.aidsinfo.nih.gov/>.
12. Brito DMS, Galvão MTG. Fatores de risco para câncer de colo uterino em mulheres com HIV. *Rev Rene*. 2010; 11(1):191-9.
13. Lima CA, Palmeira JAV, Cipolotti R. Fatores de associados ao câncer de colo uterino em Própria, Sergipe, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(10):315-23.
14. Coriolano MWL, Vidal ECF, Vidal ECF. Percepções de mulheres que vivem com HIV frente às experiências sexuais. *Rev Rene*. 2008; 9(1):77-85.
15. Diógenes MAR, Carvalho ARFA, Silva HHR. Desvios de saúde em portadoras de condiloma vulvar. *Rev Rene* 2009;10(2):58-66.
16. Pessini AS, Silveira GPG. *Medicina ambulatorial. Condutas de atenção primária baseadas em evidência*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
17. Melo VH, Araújo ACL, Rio SMP, Castro LPE, Azevedo AA, Castro MM. Problemas ginecológicos mais frequentes em mulheres soropositivas para o HIV. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003; 25(9):661-6.
18. Murphy PA, Schwarz EB, Dyer JM. Cervical cancer screening practices of certified nurse-midwives in

- the United States. *J Mid Women's Health*. 2008; 53(1):11-8.
19. Beskow AH, Emgelmark MT, Magnusson JJ. Interaction of host and viral risk factors for development of cervical carcinoma in situ. *Int J Cancer*. 2005; 117(4):690-2.
20. Delmas MC, Larsen C, Vanbenthem B, Hamers FF, Bergeron C, Poveda J, et al. Cervical Squamous intraepithelial lesions in HIV-infected women: prevalence, incidence, and regression. *Aids*. 2000; 14(12):1775-84.
21. Russomano FB, Camargo MJ, Freire R, Reis AFF, Grinsztej B. Prognóstico da doença pré-invasiva do colo uterino em mulheres infectadas pelo HIV — evidências extraídas da literatura médica e discussão quanto à efetividade de seu tratamento. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2003; 15(4):40-5.
22. Lima TM, Castelo ARP, Oliveira RG, Costa LQ, Tavares MC, Santiago JMV, Pinheiro AKB et al. Análise dos laudos citopatológicos de um centro de parto natural em Fortaleza-CE: um estudo descritivo. *Online Braz J Nurs* [periódico na Internet]. 2009 [citado 2010 jan 21]; 8(2): [cerca de 8p]. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewarticle/j.1676-4285.2009.2354/html_25.
23. Jamieson DJ, Duerr A, Klein RS, Paramsothy P, Brown W, Cu-Uvin S et al. Longitudinal analysis of bacterial vaginosis: findings from the HIV epidemiology research study. *Obstet Gynecol*. 2001; 98(4):656-63.

RECEBIDO: 26/05/2010

ACEITO: 30/09/2010