

Vulnerabilidad de mujeres viviendo con VIH/SIDA¹

Marli Teresinha Cassamassimo Duarte²

Cristina Maria Garcia de Lima Parada³

Lenice do Rosário de Souza⁴

Objetivo: trazar el perfil de mujeres viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana/SIDA en municipios del interior del Estado de Sao Paulo, buscando identificar características relacionadas a la vulnerabilidad individual, social y programática y analizar las condiciones en que tuvieron conocimiento de su estatus serológico. **Método:** entre octubre de 2008 y diciembre de 2010 fue realizado un estudio transversal, con la participación de 184 mujeres atendidas en un servicio especializado. Los datos fueron obtenidos por medio de entrevista y examen ginecológico, con recolección de muestras para diagnóstico etiológico de enfermedades sexualmente transmisibles. **Resultados:** predominaron mujeres blancas, entre 30 y 49 años de edad, con compañero, bajo nivel escolar, múltiples compañeros sexuales durante la vida y práctica sexual insegura. La prevalencia de enfermedades sexualmente transmisibles fue de 87,0%. **Conclusión:** el estudio sugiere la necesidad de ofrecer asistencia ginecológica en servicios especializados y la realización de acciones multiprofesionales que refuercen la autonomía femenina en la toma de decisiones protectoras.

Descriptor: Infecciones por VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Vulnerabilidad en Salud; Mujeres.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Vivendo com HIV/aids Atendidas em Hospital Dia", presentada en el Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, SP, Brasil. Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), proceso nº 2008/55416-9.

² PhD, Profesor Asistente, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, SP, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Doenças Tropicais e Diagnóstico por Imagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, SP, Brasil.

Correspondencia:

Marli Teresinha Cassamassimo Duarte
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Faculdade de Medicina de Botucatu. Departamento de Enfermagem
Av. Prof. Montenegro, s/n
Distrito de Rubião Júnior
CEP: 18618-970, Botucatu, SP, Brasil
E-mail: mtduarte@fmb.unesp.br

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

La epidemia de SIDA es un problema de salud pública mundial. Datos de la *Joint United Nations Programm* en VIH/SIDA (UNSIDA), apuntan que 34 millones de personas estaban infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) hasta diciembre de 2011, siendo que las mujeres respondían por más de la mitad de los casos⁽¹⁾. En Brasil, de 1980 hasta junio de 2012, fueron notificados 656.701 casos de SIDA⁽²⁾, 34% (217.367 casos) en el Estado de Sao Paulo, de los cuales 1.401 pertenecían a los 30 municipios que componen el Grupo de Vigilancia Epidemiológica de la microrregión de Botucatu⁽³⁾. Con relación al género femenino, en el mismo período, fueron identificados 230.161 casos en el país⁽²⁾, siendo 67.522 de ellos en el Estado de Sao Paulo⁽³⁾.

La feminización y la interiorización de la epidemia en Brasil son comprobadas por la disminución sistemática en la proporción de géneros, pasando de 15,3 hombres para una mujer en 1986, para 1,7 hombres para una mujer en 2010⁽²⁾ y por el aumento progresivo del número de municipios brasileños con por lo menos un caso de SIDA⁽⁴⁾.

La mayor vulnerabilidad de mujeres y muchachas a la infección por el VIH proviene de aspectos biológicos y de factores sociales, económicos, legales y culturales, con destaque para los papeles sexuales, las relaciones de poder desequilibradas y la aceptación de la sociedad de la violencia contra la mujer⁽⁵⁾. Sin embargo, los aspectos económicos y culturales tiene importante papel no apenas en una situación desfavorable; un estudio realizado en dos países africanos detectó mayor vulnerabilidad al VIH/SIDA entre mujeres que ya habían sido casadas, que tenían trabajo y eran más ricas, ya que, a pesar de mejores condiciones, se mantenía la desigualdad de género⁽⁶⁾.

El concepto de vulnerabilidad es complejo, con una variedad de definiciones provenientes de varias disciplinas⁽⁷⁾; en éste, se busca comprender como individuos y grupos de individuos se exponen a un dado perjuicio a la salud a partir de totalidades conformadas por síntesis pragmáticamente construidas con base en tres dimensiones analíticas: la individual, la social y la programática o institucional⁽⁸⁾. Desde el punto de vista individual, contiene aspectos relacionados a características biológicas, personales, percepción de riesgo, actitudes para la autoprotección y habilidades de negociación, entre otros, que implican en exposición y susceptibilidad a determinado perjuicio. La vulnerabilidad social se refiere a: estructura económica, políticas públicas de salud, educación, cultura, ideología, relaciones de género y a la programática de las políticas públicas de enfrentamiento,

con sus metas, acciones propuestas, organización y distribución de los recursos para prevención y control⁽⁹⁾.

Teniendo como presupuesto la importancia de la adopción del concepto de vulnerabilidad en el cuidado a la salud de personas viviendo con VIH/SIDA y con la finalidad de adquirir una perspectiva ampliada de sus necesidades y planificar respuestas más efectivas⁽¹⁰⁾, se propone el presente estudio, que objetiva responder a la pregunta: ¿Quiénes son las mujeres atendidas en un servicio especializado del interior del estado de Sao Paulo y cuál es su vulnerabilidad a la reinfección y a las EST?

Con la finalidad de generar evidencias y conocimiento sobre las necesidades específicas de esas mujeres, se tiene por objetivo trazar el perfil de mujeres viviendo con VIH/SIDA en municipios del interior del Estado de Sao Paulo, buscando identificar características relacionadas a la vulnerabilidad individual, social y programática y analizar las condiciones en que tomaron conocimiento de su estatus serológico en relación al VIH.

Método

Estudio transversal, desarrollado en Servicio de Ambulatorio especializado en Infecciones (SAEI) ligado a una universidad pública. La Institución es referencia para la atención de pacientes infectados por el VIH/SIDA en una región del interior del estado de Sao Paulo, especialmente para 30 municipios de la microrregión de Botucatu.

Durante el período de estudio, estaban en seguimiento en el servicio 210 mujeres, de las cuales 10 (4,8%) no atendieron a los criterios de inclusión (no estar embarazada, tener 18 años completos e haber iniciado la actividad sexual) y 16 (7,6%) se recusaron a participar. De esta forma, la muestra fue constituida por 184 mujeres (87,6% del total).

Los datos fueron obtenidos por medio de entrevista, conducida por la primera autora, en ambiente privado. El instrumento utilizado contenía preguntas abiertas y cerradas y fue primeramente sometido a la evaluación de dos especialistas del área de infecciones/EST. El instrumento fue comprobado en una paciente del SAEI que participó apenas de esa etapa de la investigación, sufriendo pequeños cambios para facilitar su comprensión.

Para permitir el análisis de la vulnerabilidad individual y social, el instrumento incluyó tres grupos de variables: sociodemográficas, comportamentales y clínicas. En el primer grupo se consideró: edad, color de la piel, situación conyugal, años de estudio concluidos, desarrollo de actividad remunerada, ocupación, acceso al seguro social y municipio de procedencia. En el segundo: número de compañeros sexuales, práctica sexual a cambio de dinero

o drogas, unión eventual en el momento de la entrevista, forma de utilización del preservativo, consumo de drogas lícitas o ilícitas y número de compañeros sexuales en los doce meses que antecedieron la inclusión en el estudio y, en el tercer grupo: tiempo de diagnóstico de la seropositividad para el VIH, uso de terapia antirretroviral e historia referida de EST y de lesiones precursoras o neoplasias del cuello uterino.

Considerando que el Departamento de DTS/SIDA y Hepatitis Virales preconiza el diagnóstico y tratamiento de las EST y la prevención del cáncer de cuello uterino, se optó por conducir la discusión sobre la vulnerabilidad programática a partir del acceso de las mujeres a esas acciones. Para esto, fue realizado un examen ginecológico en todas las participantes del estudio, por la misma investigadora, con recolección de muestras de contenido vaginal y secreción cervical. El diagnóstico de *Trichomonas vaginalis* y de *Neiseria gonorrhoeae* fue realizado por cultura en medio líquido de *Diamond* y *Thayer Martin*, respectivamente. Para la investigación de *Chlamydia trachomatis* y de papiloma virus humano (HPV) se utilizó reacción en cadena de la polimerasa. Alteraciones cervicales uterinas fueron identificadas por citología cervical convencional.

La monitorización del control de la enfermedad, también preconizado, fue realizado por el conteo de linfocitos T CD4+ y determinación de la carga viral plasmática del VIH, realizados en la rutina de la atención, respectivamente, por los métodos de citometría de flujo y *branched-DNA*.

Las mujeres fueron también interrogadas sobre la forma con que se contaminaron por el VIH y como tomaron conocimiento del su estado serológico.

Para la presentación de los datos fue utilizada la estadística descriptiva, con frecuencia simple y absoluta y cálculo de medidas de tendencia central, cuando indicados.

El proyecto de este estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de Botucatu, de la Universidad Estatal Paulista (protocolo 501/2007); se cumplieron todos los aspectos éticos de investigaciones realizadas con seres humanos.

Resultados

Entre las 184 mujeres investigadas, predominaron aquellas que se encontraban en el intervalo de edad entre 30 y 49 años (69,5%), de color de piel blanca (71,7%), casadas o en unión estable (49,5%) y con bajo nivel de escolaridad, ya que 56,5% de ellas tenían menos de ocho años de estudio. Un 37,5% de la población estudiada no realizaba actividad remunerada, así como no tenía acceso

a beneficios del seguro social (42,9%). Las mujeres residían en 45 municipios del interior del Estado de Sao Paulo, siendo que 96,0% en ciudades con población de hasta 150 mil habitantes (Tabla 1).

Entre las 93 (50,5%) mujeres que trabajaban, 76 (81,7%) estaban ejerciendo actividades profesionales en el momento de la inclusión en el estudio y 17 (18,3%) no trabajaban por enfermedades asociadas al SIDA. Las ocupaciones predominantes fueron relacionadas a la prestación de servicios (55,3%), destacándose servicios domésticos (23,7%) y generales (17,1%), sector rural (11,8%) y comercio (11,8%).

Tabla 1 - Distribución de las 184 mujeres infectadas por el VIH/SIDA, según variables sociodemográficas. Botucatu, SP, Brasil, 2008-2010

Variables	N	%
Intervalo de edad (años)		
18-24	3	1,5
25-29	22	12,0
30-39	65	35,3
40-49	63	34,2
50-59	25	13,6
60-67	6	3,3
Color de la piel		
Blanca	132	71,7
Marrón	27	14,7
Negra	25	13,6
Situación conyugal		
Casada/unión estable	91	49,5
Separadas/divorciadas/viudas	57	31,0
Solteras	36	19,5
Años de estudio concluidos		
Ninguno	8	4,3
1 a 3	21	11,4
4 a 7	75	40,8
8 a 11	62	33,7
≥12 años	18	9,8
Actividad remunerada		
Si	93	50,5
No		37,5
Jubiladas	22	12,0
Acceso al seguro social		
Si	105	57,1
No	79	42,9
Habitantes del municipio de procedencia		
Hasta 20.000	44	23,9
20.001 a 50.000	33	17,9
50.001 a 100.000	13	7,1
100.001 a 150.000	87	47,3
>150.000	7	3,8

La mayoría de las mujeres investigadas (65,8%) relató actividad sexual con un solo compañero en el

momento de la inclusión en el estudio y (59,2%) relataron haber tenido cinco o más compañeros sexuales a lo largo de la vida. La mediana del número de compañeros sexuales en la vida fue de cinco (1-100), exceptuando las 19 mujeres (10,3%) que refirieron haber practicado sexo a cambio de dinero o drogas. En los doce meses que antecedieron la inclusión en el estudio, la mayoría de ellas (62,5%) declaró actividad sexual con un solo compañero y apenas siete (3,8%), cinco o más compañeros, siendo que de estas, cinco practicaban sexo por dinero o drogas. En cuanto al estatus serológico de los compañeros en relación al VIH, 57 (31,0%) mujeres refirieron que ellos eran seropositivos y 19 (10,3%) no tener compañero sexual fijo en el momento de la entrevista (Tabla 2).

De las 136 mujeres que relataron vida sexual activa en los seis meses que antecedieron la inclusión en el estudio, 44,1% refirieron el uso del preservativo en todas las relaciones. Las mujeres cuyos compañeros eran serodiscordantes o tenían condición serológica ignorada o compañeros eventuales, 43,7% y 37,5%, respectivamente, no utilizaban el preservativo en todas las relaciones.

Tabla 2 - Distribución de las 184 mujeres infectadas por el VIH/SIDA, según aspectos relativos a la sexualidad. Botucatu, SP, Brasil, 2008-2010

Variables	N	%
Nº de compañeros sexuales en la vida		
1	13	7,1
2-4	62	33,7
5-10	52	28,3
>10	57	30,9
Nº de compañeros sexuales en los últimos 12 meses		
0	44	23,9
1	115	62,5
2-4	18	9,8
≥5	7	3,8
Concordancia serológica del compañero		
Si	57	31,0
No	53	28,8
Ignorada	11	6,0
Compañero eventual	19	10,3
Sin actividad sexual	44	23,9
Práctica sexual a cambio de dinero/drogas*		
No	165	89,7
Si	19	10,3

*En algún momento de la vida

En cuanto al consumo de drogas ilícitas en los doce meses que antecedieron la inclusión en el estudio, 20 mujeres (10,9%) utilizaban por lo menos una droga. El uso diario o más de una vez en la semana de alcohol fue relatado

por 12,5%, siendo que del total de las mujeres estudiadas, 42,9% eran tabaquistas y 11,4% ex-tabaquistas.

El análisis del perfil clínico de laboratorio relativo a la infección por el VIH demostró que la mediana del tiempo de diagnóstico de la seropositividad fue de ocho años (una semana - 23 años), siendo que 30,4% de las mujeres tenían más de diez años. La mediana de los conteos de linfocitos T CD4+ fue de 488 células/mm³ (4-1678), siendo que 67,9% presentaban ese conteo arriba de 350/mm³, 55,4% tenían carga viral plasmática del VIH indetectable y 79,9% hacían uso de terapia antirretroviral.

Considerando, también, otros aspectos clínicos, 52,7% de las mujeres relataron EST previa, 23 (12,5%) lesiones precursoras o neoplasias del cuello uterino y apenas 89 (48,4%) de ellas habían realizado el examen de Papanicolaou hace menos de un año. La mayoría de las mujeres (61,4%) refirió corrimiento vaginal, 31,5% y 28,8% relataron mal olor y prurito genital, respectivamente.

La prevalencia general de EST identificada en el presente estudio fue de 87,0%. Aisladamente, la infección por el HPV fue la más prevalente (83,6%), seguida de la infección por clamidia (24,6%) y tricomoniasis (14,7%). Ningún caso de gonorrea fue identificado. Tuvieron infecciones mixtas, 59 (32,1%) mujeres. Lesiones precursoras de cáncer de cuello del útero y atipias celulares fueron observadas en 39 mujeres (21,2%).

Con relación a la categoría de exposición al VIH, la gran mayoría de las mujeres (94,0%) refirió la vía sexual como forma de infección. Entre estas, 155 (84,2%) fueron contaminadas por sus compañeros o ex-compañeros fijos. Las principales formas relatadas a través de la cuales sus compañeros fueron infectados, fue la relación sexual con múltiples compañeras (38,6%) y el uso de droga inyectable (UDI) 18,5% (Tabla 3). Nueve mujeres (4,9%) que refirieron el comportamiento bisexual de sus compañeros relataron conocimiento de este hecho después del resultado de la serología para el VIH que resultó en el diagnóstico de SIDA de ellos o de ella.

La investigación sobre las circunstancias en que ocurrió el diagnóstico de la infección por el VIH/SIDA mostró que en la mayoría de las mujeres la prueba se realizó después de su enfermedad (27,2%) o la de su compañero (26,6%). En treinta y nueve (21,2%) casos se comprobó la enfermedad durante la rutina de atención prenatal/parto/aborto, 15 (8,1%) por medio de solicitud de profesionales de salud, sea por el hecho de la prueba hacer parte de los protocolos de rutina o por la percepción de riesgo del profesional. En apenas 15 (8,1%) la prueba se hizo a partir de la auto percepción de riesgo, 11 (6,0%) por enfermedad de hijo y 5 (2,7%) por medio de la donación de sangre.

Tabla 3 - Distribución de las 184 mujeres infectadas por el VIH/SIDA, según la categoría de exposición. Botucatu, SP, Brasil, 2008-2010

Variable	N	%
Exposición sexual		
Compañero con múltiples compañeras	71	38,6
Compañero usuario de droga inyectable	34	18,5
Compañero con riesgo desconocido	29	15,8
Relación con múltiples compañeros	18	9,8
Compañero usuario de droga inyectable y múltiples compañeras	11	5,9
Compañero bisexual	7	3,8
Compañero usuario de droga inyectable y bisexual	2	1,1
Compañero hemofílico	1	0,5
Exposición sanguínea		
Usuario de droga inyectable	2	1,1
Transfusión	2	1,1

Las situaciones referidas por las mujeres que las incitó a buscar el examen serológico fueron: saber que el ex-compañero estaba infectado por el virus; había muerto de SIDA; había utilizado y/o utilizaba drogas inyectables; enfermedad de la persona con quién compartía la droga inyectable; multiplicidad de compañeros; y asociación de su propia sintomatología o de su compañero al SIDA.

Discusión

Los resultados corresponden al conjunto de mujeres que hacían seguimiento médico por la infección del VIH en el servicio estudiado y no a la totalidad de las mujeres infectadas por el VIH en la región en la cual este servicio es referencia, lo que constituye una limitación. Sin embargo, considerando su característica de servicio de referencia, éste concentra gran parte de las mujeres de la región en acompañamiento regular. El hecho de la población investigada ser proveniente de municipios del interior del estado, lo diferencia de la mayoría de los demás estudios nacionales⁽¹¹⁻¹⁴⁾ que retrataron contextos de mujeres viviendo con el VIH/SIDA residentes en grandes centros urbanos, revelando aspectos específicos de esa realidad.

El análisis del conjunto de los datos permitió el reconocimiento de características, comportamientos y contextos que tornaban a las mujeres vulnerables a la reinfección por el VIH/EST y otras afecciones ginecológicas, comprendiendo sus tres dimensiones interrelacionadas: individual, programática y social⁽⁸⁾.

La gran mayoría (70%) de las mujeres estudiadas tenía entre 30 y 49 años, semejante a los datos nacionales⁽²⁾ y estatales⁽³⁾, que, también, apuntan mayor prevalencia de casos de SIDA notificados en mujeres en ese intervalo de edad. En cuanto al color de la piel, se percibe

diferencia cuando se comparó datos de este estudio con las notificaciones de Brasil⁽²⁾ y del Estado de Sao Paulo⁽³⁾, ya que en el período de 2004 a 2012 la proporción de mujeres blancas fue más baja, próxima a 50%. Tratándose del análisis del color de la piel, es necesario tener cautela, ya que la diferencia puede provenir de la forma cómo el dato fue obtenido, si por auto-referencia, como en el caso de la presente investigación, o por clasificación de un profesional de salud, situación generalmente utilizada en los datos oficiales.

El promedio de años de estudio concluidos (siete) fue inferior al alcanzado por la población general entre 15 y 64 años del Estado de Sao Paulo⁽¹⁵⁾, indicando peor nivel socioeconómico y ratificando la hipótesis de pauperización de la epidemia⁽¹⁶⁾. Por otro lado, la situación encontrada no difiere de la observada entre el conjunto de las mujeres notificadas por SIDA en Brasil⁽²⁾. Aproximadamente 10% de las mujeres tenían 12 o más años de estudio, el doble del encontrado en Sao Paulo⁽³⁾ (5,0%) y en Brasil⁽²⁾ (4,4%), demostrando, también, la importancia relativa de las mujeres universitarias entre las infectadas por el VIH, en esa región del interior del Estado. Así, el discurso de la pauperización de la epidemia debe ser relativizado, evitando dar a las mujeres con mayor grado de escolaridad la impresión de que se encuentran distantes de la enfermedad y que están protegidas por la condición socioeconómica más favorable⁽¹²⁾, lo que resultaría en una mayor vulnerabilidad a la infección. En este sentido, un estudio reciente africano sugiere que las políticas de salud pública dirigidas a la prevención del VIH/SIDA deben ser dirigidas a todas las camadas sociales⁽⁶⁾.

Las mujeres investigadas tuvieron cinco o más compañeros a lo largo de la vida, en mayor proporción que lo relatado en investigaciones anteriores^(12,17) realizadas en centros de referencia para el VIH/SIDA, localizados en grandes metrópolis. De la misma forma, en relación al número de compañeros sexuales, en el año anterior a la inclusión en el estudio, las mujeres estudiadas relataron tener más de uno, mucho más frecuentemente de lo que fue verificado en estudio de base poblacional⁽¹⁸⁾ para todas las regiones del país. Se constató, así, mayor multiplicidad de compañeros sexuales entre las mujeres aquí investigadas, importante aspecto de vulnerabilidad al VIH y a las EST.

Las mujeres que practican sexo a cambio de dinero o drogas son reconocidas como vulnerables a la infección por el VIH y EST, en el plano político y programático⁽⁵⁾ de enfrentamiento de la feminización de la epidemia de SIDA. En el presente estudio, se observó una proporción mayor de mujeres con este tipo de práctica que en un estudio de ámbito nacional⁽¹²⁾.

El consumo de drogas ilícitas, en los 12 meses que antecedieron a la inclusión en el estudio, fue citado, respectivamente, por el doble de mujeres en comparación a los hallazgos de investigación anterior⁽¹²⁾ con mujeres viviendo con VIH/SIDA y en encuesta nacional, de base poblacional, realizado en 2005⁽¹⁹⁾ con mujeres, cuyo estatus serológico en relación al VIH era desconocido. Además de eso, el consumo diario de alcohol por las mujeres de la presente investigación fue superior al reportado en encuesta anterior⁽¹⁹⁾, cuyo consumo fue relatado entre hombres y mujeres. El uso de alcohol y drogas ilícitas ha sido asociado con el aumento de la vulnerabilidad al VIH⁽²⁰⁾, lo que puede ser parcialmente explicado por la asociación de éste con prácticas sexuales de riesgo, como relaciones sexuales sin protección^(7,20).

Considerando el uso de preservativos, se observó, en el presente estudio, práctica sexual desprotegida por más de 40% de las mujeres, independiente de tener compañero fijo o eventual, así como de la condición serológica del compañero. Estudios internacionales^(6-7,21) y nacionales^(20,22) revelaron que las desigualdades de poder con base en el género, así como las normas que rigen las relaciones estables, determinan bajo poder de negociación de las mujeres en relación al sexo seguro. La expectativa con relación a la maternidad es otro factor que contribuye para la práctica de sexo inseguro⁽⁶⁾.

Se identificó alta prevalencia de historia referida de EST. Estas ya fueron consistentemente relatadas en la literatura aumentando la biovulnerabilidad a la infección por el VIH^(7,20-21).

Con base en el perfil sociodemográfico, comportamental y clínico, la dimensión individual de la vulnerabilidad puede ser entendida por el bajo nivel de escolaridad, la multiplicidad de compañeros sexuales, la historia de EST y el uso irregular de preservativo, aspectos observados entre la mayor parte de las mujeres. A pesar de menos frecuente, también constituyó factor de vulnerabilidad el uso regular de drogas ilícitas y el consumo de alcohol.

Con relación a la vulnerabilidad social, se observó que parte importante de las mujeres investigadas se encontraba excluida del mercado de trabajo y del acceso a la seguridad social. Entre aquellas que trabajaban, las ocupaciones predominantes fueron en los sectores de servicios y rural, cuyas tareas no requieren calificación y tienden a la precariedad en las relaciones del trabajo, mostrándose coherente con la baja escolaridad predominante. Estudio realizado en el sur de Brasil⁽¹³⁾, comparando mujeres infectadas por el VIH/SIDA con mujeres de la población general, constató asociación entre tener la infección por el VIH con bajo nivel de escolaridad y menor renda.

El elevado porcentaje de mujeres con queja ginecológica, EST, alteraciones citológicas en el cuello uterino y no realización del examen Papanicolaou en la periodicidad recomendada⁽²³⁾ apunta alta vulnerabilidad en la dimensión programática. Esos datos demuestran que los servicios de salud pueden contribuir con el aumento de la vulnerabilidad de mujeres infectadas por el VIH, en la medida que dejan de realizar diagnósticos de enfermedades ginecológicas. Esos hallazgos enfatizan la necesidad de rastrear regularmente a esas mujeres, con la finalidad de reducir la morbilidad de esas enfermedades, así como, la transmisión de algunas de ellas y del propio VIH a los compañeros sexuales no infectados.

La ausencia de atención ginecológica en servicios especializados en el cuidado de mujeres infectadas por VIH/SIDA, la dificultad de acceso, la irregularidad en la oferta de ese, la desarticulación con otros servicios de salud y la ausencia de educación en salud dirigida a la prevención del cáncer de cuello uterino, son elementos relacionados a la vulnerabilidad programática de esa neoplasia observados en estudio reciente⁽¹¹⁾ y que podrían justificar, también, lo encontrado en la presente investigación. Por otro lado, el largo tiempo de seguimiento desde el diagnóstico de la infección por el VIH de la mayoría de las mujeres aquí investigadas, el alto porcentaje de utilización de la terapia antirretroviral y de mujeres con control clínico adecuado de la infección, evidenciado por los indicadores de laboratorio de conteo de células T CD4+ y carga viral plasmática del VIH, apuntan para resultados positivos del cuidado médico recibido. Así, se nota mayor atención a las preguntas más específicas dirigidas a la atención especializada en infecciones, en detrimento del cuidado integral en relación a otros aspectos ligados a la infección por el VIH y su evolución.

La vía de infección del VIH predominante entre las mujeres del presente estudio fue la sexual, coherente con los datos estatales⁽³⁾ y nacionales⁽²⁾ de las últimas tres décadas para mujeres con 13 años de edad o más. La mayoría de las que refirieron esa categoría de exposición identificó, como forma de contaminación de los compañeros, la ocurrencia de relaciones sexuales con múltiples compañeras y el uso de drogas inyectables. Así, se observaron, nuevamente, diferencias entre las informaciones de esta investigación y datos estatales⁽³⁾ y nacionales⁽²⁾. Parte de las entrevistadas relató desconocimiento del comportamiento bisexual de sus compañeros hasta ser comprobado el diagnóstico de infección por el VIH lo que, posiblemente, aumentó su vulnerabilidad al SIDA. La no percepción sobre el comportamiento bisexual del compañero también fue observada en estudio anterior, con mujeres residentes en área rural de Minas Gerais⁽²⁴⁾.

Las condiciones en que las mujeres supieron de su seropositividad para el VIH fueron semejantes a las observadas en otras pocas investigaciones realizadas anteriormente^(12,17). Estudio realizado en 2002⁽¹⁷⁾, demostró que 23,0% de las mujeres realizaron la prueba para el VIH por iniciativa propia, imaginando que podrían estar infectadas, en cuanto que, en la presente investigación, apenas 7,8% de ellas buscaron su condición serológica por percibirse en riesgo. Esos resultados asociados a los que se refieren a la categoría de exposición, al uso inconsistente del preservativo por una parte significativa de las mujeres, a la referencia de historia anterior de EST y a su elevada prevalencia, pueden demostrar la baja percepción de riesgo de las mujeres que viven en municipios del interior, en relación a la infección por el VIH/EST, factores que aumentan su vulnerabilidad^(12,24). Ese hecho se reviste de gran significado clínico y epidemiológico, una vez que, además de predisponer al diagnóstico tardío con empeoramiento de la calidad de vida, contribuye para la manutención de la cadena de transmisión del VIH y de las EST.

También se destaca en el presente estudio, la baja percepción de riesgo para el VIH/SIDA, por parte de los profesionales de la salud, indicando que acciones de educación permanente en salud, relacionadas a la infección por el VIH/SIDA y EST deben hacerse efectivas para los equipos de los municipios en donde residen esas mujeres. Esa necesidad puede ser corroborada, también, en lo que se refiere al diagnóstico precoz y tratamiento de afecciones del tracto genital inferior, asociadas o no a la SIDA.

Conclusión

Este estudio evidenció elevada prevalencia de EST entre mujeres viviendo con VIH/SIDA, reforzando que la práctica sexual insegura continua siendo mantenida. Aliado a eso, se detectó baja percepción de riesgo y la manutención de características personales y de contextos socioculturales, económicos y clínicos, que apuntan la vulnerabilidad del grupo estudiado en sus tres dimensiones.

El conocimiento de las características de las mujeres, especialmente aquellas que las tornan más vulnerables, debe ayudar a proponer estrategias de protección y empoderamiento de este grupo, con el objetivo de obtener el cuidado integral y el aumento de su autonomía. En ese sentido, se sugiere la necesidad de ofrecer asistencia ginecológica en servicios especializados, objetivando el diagnóstico y tratamiento precoz de EST y otras afecciones ginecológicas, así como, la realización de acciones

multiprofesionales que refuercen la autonomía femenina en la toma de decisiones protectoras, contribuyendo para la reducción de la desigualdad de género a que esas mujeres están sujetas.

Referencias

1. UNAIDS/WHO. UNAIDS Report on the global aids epidemic 2012 [Internet]. Geneva: UNAIDS/WHO; 2012 [acesso 5 maio 2013]. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST e Aids. Bol Epidemiol AIDS e DST [Internet]. jan-jun 2012 [acesso 5 maio 2013];9(1):3-24. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
3. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (BR). Programa Estadual de DST. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Bol Epidemiol DST/AIDS [Internet]. jan-jun 2012 [acesso 5 maio 2013];29(1):1-112. Disponível em: <http://www.crt.saude.sp.gov.br>
4. Granjeiro A, Escuder MML, Castilho EA. Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002–2006. Rev Saúde Pública. 2010;44(3):430-40.
5. UNAIDS. Agenda for accelerated country action for women, girls, gender equality and HIV: operational plan for the UNAIDS action framework: addressing women, girls, Gender Equality and HIV [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2010 [acesso 9 dez 2010]. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2010/20100226_jc1794_agenda_for_accelerated_country_action_en.pdf
6. Abimanyi-Ochom J. The better the worse: risk factors for HIV infection among women in Kenya and Uganda – demographic and health survey. AIDS Care. 2011;23(12):1545-50.
7. Bates I, Fenton C, Gruber J, Laloo D, Lara AM, Squire SB, et al. Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part 1: determinants operating at individual and household level. Lancet Infect Dis. 2004;4:267-77.
8. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde Soc. 2009;18 Supl 2:11-22.
9. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. The use of the “vulnerability” concept in the nursing area. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008;16(5):923-8.
10. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Gryscek ALPL, Araujo NVDL, Padoveze MC, Ciosak SI, et al. The potential of the concept of vulnerability in understanding transmissible diseases. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(Esp 2):1766-70.

11. Brito DMS, Galvão MTG, Pereira MLD. Markers of vulnerability for cervical cancer in HIV-infected women. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(3):500-7.
12. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Aidar T, Filile EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad Saúde Pública*. 2009;25 Supl 2:S321-33.
13. Silveira MF, Santos IS, Victora CG. Poverty, skin colour and HIV infection: a case-control study from southern Brazil. *AIDS Care*. 2008;20(3):267-72.
14. Lopes F, Buchalla CM, Ayres JRMC. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/aids no estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41 Supl 2:39-46.
15. Fundação Sistema Estadual de Análise de dados (BR). [Internet]. 2011 [acesso 20 jul 2011]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>
16. Pinto ACS, Pinheiro PNC, Vieira NFC, Alves MDS. Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos. *DST - J Bras Doenças Sex Transm*. 2007;19(1):45-50.
17. Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R. Enhancing care initiative - Brasil. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/aids em São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(6):1609-20.
18. Barbosa RM, Koyama MAH. Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, Brasil 1998 e 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008;42 Supl 1:21-33.
19. Bastos FI, Bertolini N, Hacker MA. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008;42 Supl 1:109-17.
20. Granjeiro A, Holcman MM, Onaga ET, Alencar HDR, Placco ALN, Teixeira PR. Prevalence and vulnerability of homeless people to HIV infection in Sao Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):674-84.
21. Higgins JA, Hoffman S, Dworkin SL. Rethinking gender, heterosexual men, and women's vulnerability to HIV/aids. *Am J Public Health*. 2010;100(3):435-45.
22. Maia C, Guilhem D, Freitas. Vulnerabilidade ao HIV/aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(2):242-8.
23. Centers for Disease Control and Prevention (US). Department of Health and Human Services. Morbidity and Mortality Weekly Report [Internet]. 2010 [acesso 5 maio 2013];59(RR-12):1 -110. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr>
24. Guimarães PN, Martin D, Quirino J. Aids em área rural de Minas Gerais: abordagem cultural. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(3):412-8.