

Fatores sociodemográficos e clínicos de mulheres com papilomavírus humano e sua associação com o vírus da imunodeficiência humana¹

Joice Gaspar²
Silvana Maria Quintana³
Renata Karina Reis⁴
Elucir Gir⁵

Objetivo: identificar a associação entre a sorologia reagente ou não reagente para o vírus da imunodeficiência humana e as variáveis sociodemográficas e clínicas de mulheres com infecção genital pelo papilomavírus humano. Método: estudo transversal, retrospectivo, realizado em um serviço de referência em Ribeirão Preto. Foram estudadas 824 mulheres submetidas ao teste antivírus da imunodeficiência humana que possuíam lesão intraepitelial cervical de baixo ou alto grau ou condiloma como lesão genital, causada pelo papilomavírus humano. Para verificar a associação, realizou-se o teste qui-quadrado e análise de regressão logística com cálculo de Odds Ratio e intervalo de confiança de 95%. Resultados: identificou-se maior probabilidade de soropositividade para mulheres não brancas; de baixa escolaridade; viúvas; que consumiam álcool, tabaco ou droga ilícita; com hepatite C; que possuíam múltiplos parceiros e as que se prostituíam. Conclusão: diante do crescente acometimento das mulheres pelas infecções sexualmente transmissíveis, considerando a influência do contexto socioeconômico e comportamental no percurso dessas infecções, destaca-se a importância de políticas públicas que estabeleçam estratégias de intervenção envolvendo a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno desses agravos, a fim de que haja promoção na qualidade de vida dessa população.

Descritores: Infecções por Papillomavirus; Mulheres; HIV.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com infecção genital pelo Papilomavirus humano atendidas em um hospital de referência do interior paulista", apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Mestranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁵ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondência:

Joice Gaspar
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: joicegaspar@yahoo.com.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

A infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) enquadra-se como um problema de saúde pública, sendo considerada a Infecção Sexualmente Transmissível (IST) mais comum. Estima-se, em nível mundial, que, aproximadamente, 600 milhões de pessoas possuam o HPV, e que cerca de 75 a 80% da população adquiram esse vírus em algum momento da vida⁽¹⁾.

O Brasil é um dos líderes mundiais em incidência de HPV, sendo as mulheres entre 15 e 25 anos a população mais acometida. Embora essa doença infecciosa também se estenda ao sexo masculino, acredita-se que o número de casos registrados seja menor em decorrência da baixa procura dos homens por serviços de urologia, fator relacionado ao preconceito e à falta de informação⁽²⁾.

A infecção pelo HPV tem sido associada ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sugerindo maior chance do desenvolvimento de Lesões Intraepiteliais Cervicais de Baixo (LSIL) e Alto Grau (HSIL) em mulheres que vivem com HIV, em decorrência de sua imunossupressão⁽³⁻⁵⁾. Destaca-se que a prevalência aumentada dessas lesões em mulheres soropositivas ao HIV, com contagem de TCD4+ menor que 200 células por μL e com carga viral maior que 10.000 cópias por mL, seja três vezes mais elevada quando comparadas às soronegativas⁽⁶⁻⁷⁾.

Além da maior chance do desenvolvimento de lesões intraepiteliais cervicais, mulheres que vivem com o HIV apresentam persistência significativamente maior nas infecções pelo HPV do que aquelas sem esse vírus. Alguns autores associam essa predisposição ao fato de essas mulheres apresentarem níveis mais baixos de linfócitos T CD4+ e níveis mais elevados de carga viral⁽⁸⁾, além de apresentarem maior número de amostras cervicais de DNA viral do HPV⁽⁹⁻¹⁰⁾ e de possuírem maior incidência de tipos virais de alto risco oncogênico⁽¹¹⁻¹³⁾.

Ademais, a infecção pelo HIV altera a história natural da infecção pelo HPV, com menores taxas de regressão das LSIL e maior risco de progressão para HSIL e lesões invasivas, refratárias ao tratamento, fazendo-se necessário maior intervenção e monitoramento^(3,5,10). Um estudo sobre a associação entre a infecção pelo HPV e as mulheres que vivem com HIV apontou que essa questão é particularmente relevante, em relação ao estabelecimento de estratégias adequadas para a prevenção e o tratamento de pacientes, requerendo o conhecimento prévio da epidemiologia e da patogênese da infecção pelo HPV na população de mulheres soropositivas para o HIV⁽⁵⁾.

Portanto, devido à relevância da coinfeção HPV/HIV, os *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC) consideram as lesões precursoras do câncer de colo de útero na classificação da infecção pelo HIV, desde 1993. As mulheres com infecção pelo HIV que apresentam LSIL ou HSIL são classificadas como sintomáticas (fase B da infecção). Já as que apresentam câncer de colo de útero são classificadas como portadoras de AIDS (fase C)⁽¹⁴⁾.

Ante o exposto, neste estudo objetivou-se analisar a associação entre a sorologia reagente ou não reagente para o HIV e as variáveis sociodemográficas e clínicas de mulheres com diagnóstico de infecção genital pelo HPV. Pretende-se contribuir para a produção de conhecimentos teóricos capazes de sustentar o delineamento e operacionalização de políticas públicas que valorizem o manejo dos agravos resultantes de ambas as infecções, por meio de estratégias de prevenção e tratamento e pela organização dos serviços e das práticas de saúde.

Métodos

Trata-se de estudo transversal, de caráter retrospectivo, que foi realizado em um serviço especializado em Moléstias Infecciosas em Ginecologia e Obstetrícia em um hospital situado em um município de grande porte do Estado de São Paulo.

A população de estudo foi composta de 824 mulheres registradas e que foram atendidas no serviço especializado em questão, as quais atendiam os seguintes critérios de inclusão: apresentar infecção genital pelo HPV com diagnóstico de LSIL, HSIL ou condilomatose (vulvar, vaginal, cervical e perianal), possuir registro completo no banco de dados eletrônico do setor de estudo, com as informações referentes à anamnese realizada na primeira consulta e informações referentes às consultas e retornos comparecidos e ter realizado sorologia para o HIV.

Para a coleta de dados, foi elaborado um formulário estruturado especificamente para este estudo, validado quanto à forma e conteúdo por três especialistas em infecção por HPV. As variáveis contempladas foram: 1. sociodemográficas: idade, raça, estado civil, escolaridade, situação econômica, uso de álcool, uso de tabaco, uso de drogas ilícitas e comportamento sexual (idade da primeira relação sexual, número total de parceiros sexuais, número de parceiros sexuais no último ano, prostituição e orientação sexual) e 2. clínicas: testes sorológicos para HIV, hepatites B e C e sífilis e tempo de diagnóstico para o HIV.

Para a caracterização sociodemográfica e clínica, foi realizada busca no banco de dados eletrônico do local de estudo, entre março e outubro de 2012. Por meio dessa busca, foram selecionadas as mulheres que possuíam em seus registros, como motivo de comparecimento à consulta, pelo menos um dos itens a seguir: condiloma vulvar, condiloma vaginal, condiloma cervical, condiloma perianal, Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) grau I, II ou III. Foram encontrados 977 registros, correspondentes ao período de 9/10/1986 a 23/10/2012. Desse total, 153 registros não possuíam teste sorológico para o HIV, sendo excluídos da análise, resultando a inclusão de 824 mulheres (Figura 1).

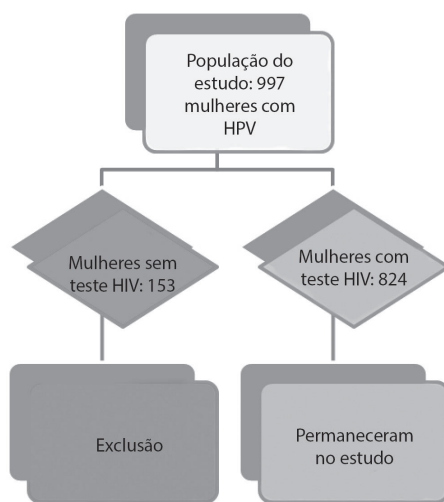


Figura 1 – Fluxograma de definição da população do estudo

O banco de dados foi organizado em planilhas do programa Microsoft Excel Starter 2010, com validação dos dados após dupla digitação. A população do estudo foi caracterizada por meio de estatística descritiva e os dados foram processados e analisados pelo *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 16.0, para Windows.

Para verificar a associação entre a sorologia reagente ou não reagente para o HIV e as variáveis sociodemográficas e clínicas de mulheres com diagnóstico de infecção genital pelo HPV, os dados foram submetidos ao teste qui-quadrado. A quantificação dessas associações foi mensurada por meio de modelos de regressão logística simples, calculando-se o *Odds Ratio* bruto (OR) com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. As análises estatísticas foram realizadas com a utilização do *software* estatístico SAS® 9.0. Valores de *p* menores que 0,05 foram considerados significativos.

Para a regressão logística, denominou-se como variáveis dependentes dicotômicas “sorologia reagente para

o HIV” e “sorologia negativa para o HIV” e como variáveis independentes todas as variáveis sociodemográficas e clínicas. Em relação às variáveis sociodemográficas, foram consideradas, neste estudo: idade (classificada em sete grupos etários), etnia (dicotomizada em branca e não branca), estado civil (solteiro, união estável, desquitada e viúva) escolaridade (classificada em quatro grupos de anos de estudo), situação econômica (com renda, sem renda e outra), uso de álcool (dicotomizada em sim e não), uso de tabaco (dicotomizada em sim e não), uso de drogas ilícitas (dicotomizada em sim e não) e comportamento sexual, que se relaciona à idade da primeira relação sexual (classificada em três grupos etários), número total de parceiros sexuais (01-|05, 05-|10 e >10), número de parceiros sexuais no último ano (<3 e >3), prostituição (dicotomizada em sim e não) e orientação sexual (dicotomizada em heterossexual e não heterossexual). Quanto às variáveis clínicas, destacam-se sorologia para hepatites B e C e sífilis, todas dicotomizadas em positiva e negativa.

Para aplicação desse modelo estatístico, a variável etnia, que era categorizada em quatro grupos, foi dicotomizada em branca e não branca, em decorrência dos baixos números encontrados em algumas caselas da tabela, de forma a permitir a viabilidade das análises.

As respostas “sem informação” de cada variável sociodemográfica e clínica foram consideradas *missing* e não entraram na análise. Nos itens sorologia para hepatite B, hepatite C e sífilis, foi considerada *missing* a resposta “não realizado”, além da resposta “sem informação”. No item total de parceiros sexuais apenas uma mulher respondeu nunca ter tido relação sexual, portanto, foi excluída da análise, gerando um *n* de 823 mulheres para esse quesito.

O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob Protocolo nº1303/2011, atendendo às recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Foram assegurados o sigilo e anonimato das informações a todas as mulheres participantes. Para a consulta ao banco de dados eletrônico solicitou-se dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo em vista que foram utilizados somente dados secundários, obtidos a partir do estudo de informações já coletadas e registradas em *software*.

Resultados

Das 824 mulheres, 326 (39,56%) tinham entre 20 e 29 anos de idade, 531 (64,68%) eram de etnia

branca, 361 (43,81%) concluíram cinco a oito anos de escolaridade, 486 (58,98%) possuíam união estável, 430 (52,18%) não possuíam renda fixa e 711 (86,28) não consumiam bebida alcoólica, 576 (69,90%) tabaco e 713 (86,52%) droga ilícita. Da totalidade, 152 possuíam sorologia reagente para o HIV (18,45%) e 672 sorologia não reagente para o HIV (81,55%), 334 (40,53%) possuíam HSIL, 289 (35,07%) condiloma e 201 (24,39%) LSIL como lesão causada pelo HPV.

Ao avaliar, por meio de regressão logística, a associação entre sorologia reagente ou não reagente para o HIV e as variáveis sociodemográficas, observou-se maior probabilidade de soropositividade para mulheres não brancas ($p < 0,01$; OR=1,990; IC=1,392-2,843); que estudaram de 0 a 4 anos ($p < 0,01$; OR=4,384; IC=1,706-11,266) ou de 5 a 8 anos ($p < 0,01$; OR=2,530; IC=1,051-6,093); viúvas ($p < 0,01$; OR=4,223, IC=1,869-9,542); e que consumiam álcool ($p = 0,0013$; OR=2,120; IC=1,333-3,374), tabaco

($p < 0,01$; OR=2,389; IC=1,660-3,437) ou droga ilícita ($p < 0,01$; OR=2,936; IC=1,882-4,580) (Tabela 1).

Das 824 mulheres, oito (0,97%) possuíam sorologia reagente para hepatite B, 21 (2,55%) para hepatite C e seis (0,73%) para sífilis, 437 (53,03%) tiveram sua primeira relação sexual antes dos 16 anos, 619 (75,86%) tiveram de um a cinco parceiros sexuais ao longo da vida, 777 (95,69%) tiveram menos de três parceiros sexuais no último ano, 793 (96,24%) nunca se prostituíram e 809 (99,14%) eram heterossexuais.

Em relação à associação entre sorologia reagente ou não reagente para o HIV e as variáveis clínicas e o comportamento sexual, observou-se maior probabilidade de soropositividade para mulheres com hepatite C ($p < 0,01$; OR=10,529; IC=4,160-26,647); que tiveram de 5 a 10 ($p < 0,01$, OR=1,985; IC=1,207-3,264) ou mais de 10 ($p < 0,01$, OR=3,487, IC=2,170-5,602) parceiros sexuais ao longo da vida; e as que se prostituíam ($p = 0,0039$, OR=3,699, IC=1,434-9,540) (Tabela 2).

Tabela 1 – Associação e regressão logística entre as variáveis sociodemográficas e sorologia para o HIV de mulheres com infecção genital pelo HPV (n=824), atendidas em um hospital universitário do interior paulista. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 1986-2012

	HIV		Missing	p-valor*	OR†	IC‡ (95%)
	Negativa n (%)	Positiva n (%)				
Faixa etária (anos)			0	<0,01		
<16	8 (0,97)	2 (0,24)			1,000	Referência
16 – 19	30 (3,64)	9 (1,09)			1,200	(0,215 ; 6,696)
20 – 29	288 (34,95)	38 (4,61)			0,528	(0,108 ; 2,578)
30 – 39	206 (25,00)	43 (5,22)			0,835	(0,171 ; 4,070)
40 – 49	89 (10,80)	39 (4,73)			1,753	(0,356 ; 8,635)
50 – 59	38 (4,61)	12 (1,46)			1,263	(0,235 ; 6,777)
≥60	13 (1,58)	9 (1,09)			2,769	(0,473 ; 16,213)
Etnia (referida)			3	<0,01		
Branca	453 (55,18)	78 (9,50)			1,000	Referência
Não branca	216 (26,31)	74 (9,01)			1,990	(1,392 ; 2,843)
Escolaridade (anos)			13	<0,01		
0 – 4	66 (8,01)	31 (3,76)			4,384	(1,706 ; 11,266)
5 – 8	284 (34,47)	77 (9,34)			2,530	(1,051 ; 6,093)
9 – 11	253 (30,70)	38 (4,61)			1,402	(0,565 ; 3,477)
≥12	56 (6,80)	6 (0,73)			1,000	Referência
Estado civil			9	<0,01		
Solteiro	200 (24,27)	51 (6,19)			1,000	Referência
União estável	413 (50,12)	73 (8,86)			0,693	(0,467 ; 1,029)
Desquitada	38 (4,61)	13 (1,58)			1,342	(0,666 ; 2,704)
Viúva	13 (1,58)	14 (1,70)			4,223	(1,869 ; 9,542)
Situação econômica			18	0,5182		
Com renda	127 (15,41)	33 (4,00)			1,000	Referência
Sem renda	348 (42,23)	82 (9,95)			0,907	(0,577 ; 1,425)
Outra	181 (21,97)	35 (4,25)			0,744	(0,439 ; 1,260)

(continua...)

Tabela 1 - *continuação*

	HIV		Missing	p-valor*	OR†	IC‡ (95%)
	Negativa n (%)	Positiva n (%)				
Uso de álcool			10	0,0013		
Sim	72 (8,74)	31 (3,76)			2,120	(1,333 ; 3,374)
Não	591 (71,72)	120 (14,56)			1,000	Referência
Uso de tabaco			5	<0,01		
Sim	174 (21,12)	69 (8,37)			2,389	(1,660 ; 3,437)
Não	494 (59,95)	82 (9,95)			1,000	Referência
Uso de drogas			5	<0,01		
Sim	68 (8,25)	38 (4,61)			2,936	(1,882 ; 4,580)
Não	599 (72,69)	114 (13,83)			1,000	Referência
Tipo de lesão				<0,01		
Lesão intraepitelial cervical de baixo grau	154 (18,69)	47 (5,70)			0,953	(0,632 ; 1,438)
Condiloma	265 (32,16)	24 (2,91)			0,283	(0,174 ; 0,460)
Lesão intraepitelial cervical de alto grau	253 (30,70)	81 (9,83)			1,000	Referência

*p-valor referente ao teste qui-quadrado

†Odds Ratio bruto

‡Intervalo de confiança

Tabela 2 – Associação e regressão logística entre a sorologia para o HIV e as variáveis clínicas e comportamento sexual de mulheres com infecção genital pelo HPV (n=824), atendidas em um hospital universitário do interior paulista. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 1986-2012

	HIV		Missing		p-valor*	OR§	IC (95%)
	Negativa n (%)	Positiva n (%)	N/R*	S/I†			
Sorologia para hepatite B			10	27	0,1148		
Positiva	5 (0,61)	3 (0,36)				3,023	(0,714 ; 12,809)
Negativa	650 (78,88)	129 (15,66)				1,000	Referência
Sorologia para hepatite C			25	45	<0,01		
Positiva	7 (0,85)	14 (1,70)				10,529	(4,160 ; 26,647)
Negativa	616 (74,76)	117 (14,20)				1,000	Referência
Sorologia para sífilis			8	27	0,9900		
Positiva	5 (0,61)	1 (0,12)				1,000	Referência
Negativa	651 (79,00)	132 (16,02)				1,014	(0,117 ; 8,749)
Primeira relação sexual (anos)				0	0,9293		
<16	355 (43,08)	82 (9,95)				1,155	(0,543 ; 2,457)
16 – 20	272 (33,01)	61 (7,40)				1,121	(0,520 ; 2,416)
>20	45 (5,46)	9 (1,09)				1,000	Referência
Total de parceiros sexuais (n=823)				7	<0,01		
01 – 05	529 (64,83)	90 (11,03)				1,000	Referência
05 – 10	77 (9,44)	26 (3,19)				1,985	(1,207 ; 3,264)
>10	59 (7,23)	35 (4,29)				3,487	(2,170 ; 5,602)
Parceiros sexuais no último ano				12	0,4813		
<3	636 (78,33)	141 (17,36)				1,000	Referência
>3	27 (3,33)	8 (0,99)				1,337	(0,595 ; 3,004)
Prostituição				13	0,0039		
Sim	10 (1,21)	8 (0,97)				3,699	(1,434 ; 9,540)
Não	652 (79,13)	141 (17,11)				1,000	Referência
Orientação sexual				8	0,4910		
Heterossexual	660 (80,88)	149 (18,26)				1,000	Referência
Não heterossexual	5 (0,61)	2 (0,25)				1,772	(0,340 ; 9,221)

*Não realizado

†Sem informação

‡p-valor referente ao teste qui-quadrado

§Odds Ratio bruto

||Intervalo de confiança

Discussão

No presente estudo verificou-se associação estatisticamente significativa entre etnia e sorologia reagente ao HIV, sugerindo que mulheres não brancas têm probabilidade 1,990 vezes maior de serem positivas para o HIV ($p < 0,01$; $OR = 1,990$; $IC = 1,392-2,843$) quando comparadas às brancas.

Quanto à condição de risco das mulheres não brancas perante o HIV, um estudo realizado no Estado de São Paulo, ao analisar características relacionadas à vulnerabilidade de mulheres com sorologia positiva para o HIV, segundo a cor da pele, observou desvantagens na exposição das mulheres negras aos riscos à sua saúde e restrições de recursos adequados para o seu cuidado, apontando, para esse grupo, menor nível socioeconômico, menor grau de escolaridade e piores condições de moradia⁽¹⁵⁾.

A relação entre etnia e HIV/AIDS está contida nas construções históricas, culturais, políticas e ideológicas⁽¹⁶⁾. A exposição dos negros a processos cumulativos de desvantagens sociais influencia seu maior ou menor acesso aos serviços de saúde, bens materiais, escolaridade, moradia, bens públicos e acesso à informação, induzindo maior incidência da infecção pelo HIV sobre essa população⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Identificou-se associação estatisticamente significativa entre baixa escolaridade e soropositividade para o HIV ($p < 0,01$), indicando probabilidade 4,384 vezes maior para as mulheres que estudaram de 0 a 4 anos ($OR = 4,384$; $IC = 1,706-11,266$) e 2,530 para as mulheres que estudaram de 5 a 8 anos ($OR = 2,530$; $IC = 1,051-6,093$) de serem soropositivas.

A educação é fator determinante da vulnerabilidade social. O saber media atitudes que beneficiarão ou não a percepção de risco acerca das lesões precursoras do câncer de colo uterino⁽¹⁸⁾. O acesso aos serviços de saúde e a adesão ao tratamento do HIV/AIDS também são mediados pela educação, o que interfere, inclusive, na compreensão da terapêutica, devido às dificuldades na interpretação das informações oferecidas pela equipe de saúde e no reconhecimento da importância de realizar o tratamento corretamente⁽¹⁹⁾.

Em relação ao estado civil, apesar de este estudo ter apontado maior frequência de mulheres com união estável, acometidas pelo HPV, o teste de associação entre sorologia para o HIV e estado civil ($p < 0,01$; $OR = 4,223$; $IC = 1,869-9,542$) sugeriu probabilidade 4,223 vezes maior de soropositividade para mulheres viúvas.

Sobre o fato de viúvas terem sido consideradas predisponentes para a soropositividade ao HIV, um estudo realizado em um ambulatório de um centro de referência na área de IST, localizado na cidade de São Paulo, que avaliou a sexualidade e a saúde reprodutiva de mulheres que viviam com HIV/AIDS, mostrou ser um dado esperado, já que grande parte dessas mulheres se tornaram viúvas pelo fato de seus parceiros terem tido AIDS⁽²⁰⁾.

Quanto ao uso de álcool, drogas ilícitas e tabaco, mulheres que consumiam álcool apresentaram probabilidade 2,120 vezes maior de serem soropositivas ao HIV ($p = 0,0013$; $OR = 2,120$; $IC = 1,333-3,374$), as que fumavam, 2,389 vezes maior ($p < 0,01$; $OR = 2,389$; $IC = 1,660-3,437$) e as que faziam uso de droga ilícita 2,936 vezes maior ($p < 0,01$; $OR = 2,936$; $IC = 1,882-4,580$), quando comparadas às que não utilizavam essas substâncias.

Os usuários de drogas geralmente iniciam sua vida sexual mais cedo quando comparados aos não usuários, usam menos preservativos e realizam pagamento por sexo e prostituição⁽²¹⁾. Em estudo realizado pelo Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em AIDS⁽²²⁾ observou-se que o consumo de álcool e drogas, com exceção da cocaína e do *crack*, estimula a atividade sexual, pois logo após o seu consumo a impressão dos usuários é de que a forma de se relacionar com o outro torna-se mais fácil, a libido aumenta e o desempenho na relação sexual melhora.

A respeito das coinfeções, mulheres com hepatite C apresentaram probabilidade 10,529 vezes maior de serem HIV positivas ($p < 0,01$; $OR = 10,529$; $IC = 4,160-26,647$) do que as que não possuíam a infecção. Sabe-se que seus agentes etiológicos compartilham dos mesmos mecanismos de transmissão, ou seja, as vias parenteral, sexual e vertical, o que justifica a alta frequência de infecção pelos dois vírus concomitantemente⁽²³⁾.

Em relação ao comportamento sexual, as mulheres que tiveram de cinco a 10 parceiros ao longo da vida apresentaram probabilidade 1,985 maior de possuírem HIV ($p < 0,01$, $OR = 1,985$; $IC = 1,207-3,264$) quando comparadas às que tiveram de um a cinco parceiros, e as que tiveram mais de 10 parceiros apresentaram probabilidade 3,487 maior de possuírem a infecção ($p < 0,01$, $OR = 3,487$, $IC = 2,170-5,602$), quando comparadas ao mesmo grupo.

A multiplicidade de parceiros sexuais enquadra-se como importante fator de risco para aquisição de IST, tendo em vista que mulheres com tal comportamento

possuem maior oportunidade de contato com diferentes tipos virais a cada contato com novo parceiro sexual⁽²⁴⁾.

Quanto à prostituição, verificou-se probabilidade 3,699 maior de possuir HIV nas mulheres que referiram já ter oferecido serviços sexuais ($p=0,0039$, $OR=3,699$, $IC=1,434-9,540$).

Em estudo que caracterizou a população de profissionais do sexo em atividade em um município de grande porte do interior do Estado de São Paulo, considerou-se que essa população era mais suscetível às infecções por patógenos transmitidos sexualmente, entre eles o HPV e o HIV, do que a população em geral, devido a fatores diretamente ligados à prostituição, como o maior número de parceiros e a ausência do uso de preservativos, e a fatores socioeconômicos, como a baixa escolaridade e o baixo poder aquisitivo. Portanto, faz-se necessário que os serviços de saúde passem a dedicar mais atenção a essa população, tanto do ponto de vista de oferta de programas preventivos, como da perspectiva de desenvolvimento de novas investigações que permitam melhor conhecimento acerca dos fatores de risco específicos desse grupo para as ISTs⁽²⁵⁾.

O direcionamento de ações e intervenções dos profissionais de saúde deve ser pautado no contexto de desigualdades sociais e econômicas vivido pela população, principalmente pelas mulheres, com possíveis reflexos nas condições de acesso e permeabilidade aos serviços de saúde, tanto para prevenção como para o diagnóstico oportuno e seguimento terapêutico.

Conclusão

Identificou-se, neste estudo, maior probabilidade de soropositividade para as seguintes mulheres com HPV: não brancas, de baixa escolaridade, viúvas, que consumiam álcool, tabaco ou droga ilícita, com hepatite C, que possuíam múltiplos parceiros e as que se prostituíam.

As desigualdades sociais e econômicas vividas por essas mulheres revelam inúmeras consequências advindas da patologia e da disparidade de gênero, relacionadas ao estigma e ao preconceito, com impacto nas suas relações sociais, familiares, afetivas e sexuais.

Perante o crescente acometimento das mulheres pelas ISTs e a elevada influência provocada pelo contexto socioeconômico no percurso dessas infecções, destaca-se a importância de políticas públicas que estabeleçam estratégias adequadas para sua prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, a fim de que haja promoção na qualidade de vida dessa população.

Referências

1. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: collaborative reanalysis of individual data on 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies. *Int J Cancer*. 2007;120(4):885-91.
2. Ministério da Saúde (BR). [Internet]. Especialistas alertam sobre o HPV. [acesso 1 jun 2013] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22444.
3. Sun XW, Kuhn L, Ellerbrock TV, Chiasson MA, Bush TJ, Wright TC. Human papillomavirus infection in women infected with the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med*. 1997;337:1343-9.
4. Palefsky J. Biology of HPV in HIV infection. *Adv Dent Res*. 2006;19:99-105.
5. Vaz LP, Saddi VA, Amaral WN, Manoel WJ. Epidemiologia da infecção pelo HPV em mulheres infectadas pelo HIV. *Feminina*. 2011;39(1):35-40.
6. Leitao MM, White P, Cracchiolo B. Cervical cancer in patients infected with the human immunodeficiency virus. *Cancer*. 2008;112(12):2883-9.
7. Fonseca FV, Tomasich FDS, Jung JE. Neoplasia Intraepitelial cervical: da Etiopatogenia ao Desempenho da Tecnologia no Rastreo e no Seguimento. *DST - J Bras Doenças Sex Transm*. 2012;24(1):53-61.
8. Massad LS, Seaberg EC, Watts DH, Minkoff H, Levine AM, Henry D, et al. Long-term incidence of cervical cancer in women with human immunodeficiency virus. *Cancer*. 2009;115(3):524-30.
9. Zimmermann JB, Melo VH, Castro LPF, Alves MJM, Zimmermann SG, Castillo DMD. 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;28(6):345-51.
10. Naucler P, Ryd W, Tornberg S, Strand A, Wadell G, Hansson BG, et al. HPV type-specific risks of high-grade CIN during 4 years of follow-up: A population-based prospective study. *Br J Cancer*. 2007;97:129-32.
11. Moscicki AB, Ellenberg JH, Farhat S, Xu J. Persistence of human papillomavirus infection in HIV-infected and uninfected adolescent girls: risk factors and differences by phylogenetic type. *J Infect Dis*. 2004;190(1):37-45.
12. Rowhani-Rahbar A, Hawes SE, Sow PS, Toure P, Feng Q, Dem A, et al. The impact of HIV status and type on

- the clearance of human papillomavirus infection among Senegalese women. *J Infect Dis.* 2007;196(6):887-94.
13. Fife KH, Wu JW, Squires KE, Watts DH, Andersen JW, Brown DR. Prevalence and persistence of cervical human papillomavirus infection in HIV-positive women initiating highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2009 Jul 1;51(3):274-82.
14. Center For Diseases Control and Prevention. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR Recommendations and Reports.* 1992;41(17):1-19.
15. 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
16. Lopes F. Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades. [tese de doutorado] São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003. 175 p.
17. Albuquerque, VS, Moco ETM, Batista CS. Mulheres Negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro. *Saúde Soc.* 2010;19(Supl. 2):63-74.
18. Carvalho MCMP, Queiroz ABA. Mulheres Portadoras de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero e HPV: Descrição do Perfil Socioeconômico e Demográfico. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2011;23(1):28-33.
19. Felix G, Ceolim MF. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(4):884-91.
20. Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(Supl. 4):12-23.
21. Scivoletto S, Tsuji RK, Abdo CHN, Queiroz S, Andrade AG, Gattaz WF. Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de 2º grau de São Paulo. *Rev Bras de Psiquiatr.* 1999;21:87-94.
22. Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em AIDS. Dados estatísticos do estudo na FEBEM Feminina e Masculina. São Paulo; 1992.
23. Silva ACM, Barone AA. Fatores de risco para co-infecção HIV-hepatite C. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(3):482-8.
24. Moscicki A, Hills N, Shiboski S, Powell K, Jay N, Hanson E, et al. Risks for Incident Human Papillomavirus Infection and Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion Development in Young Females. *JAMA.* 2001;285(23):2995-3002.
25. Passos ADC, Figueiredo JFC. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP), Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2004;16(2):95-101.

Recebido: 27.6.2013

Aceito: 29.9.2014