

MARLI TERESINHA CASSAMASSIMO DUARTE

***SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES
VIVENDO COM HIV/AIDS ATENDIDAS EM
HOSPITAL DIA***

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do Título de Doutor.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Lenice do Rosário de Souza

Botucatu

2012

MARLI TERESINHA CASSAMASSIMO DUARTE

***SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES
VIVENDO COM HIV/AIDS ATENDIDAS EM
HOSPITAL DIA***

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do Título de Doutor.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Lenice do Rosário de Souza

**Botucatu
2012**

Trabalho realizado com suporte financeiro
da Fundação de Amparo à Pesquisa do
Estado de São Paulo. (FAPESP, Processo
2008/55416-9).

Esta Tese é especialmente dedicada:

A meus pais, Laurindo e Dute,

Que me ensinaram a valorizar cada momento da vida.

Que a felicidade está nas coisas simples.

Que é preciso ter fé, esperança, serenidade, caráter, valorizar as pessoas e lutar pelos sonhos.

Mãe, você me faz muita falta...

Pai, sua presença me fortifica!

Aos meus grandes amores:

Jânio, companheiro que vem compartilhando momentos de dor e alegria. Seu amor incondicional a mim e nossos filhos permitiu que eu alcançasse mais esta conquista. Você é lindo!

Tiago e Carol,

A existência de vocês enche minha vida de brilho, esperança e força para continuar a aprender e a ensinar e a aprender...

*Maria, Maria
É um dom, uma certa magia
Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece
Viver e amar
Como outra qualquer
Do planeta*

*Maria, Maria
É o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri
Quando deve chorar
E não vive, apenas aguenta*

*Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria*

*Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida...*

A todas as mulheres, Marias...

*Que compartilharam comigo suas dores, alegrias, medos e sua
intimidade. Meu mais profundo agradecimento.*

Agradeço especialmente

À Prof.^a. Dr.^a. Lenice do Rosário de Souza,

Por estar disposta a percorrer novos caminhos, ouvir com interesse e participar da resolução de todas as questões, dúvidas e problemas que surgiram durante este processo. Pela sua generosidade em compartilhar conhecimentos, experiências e pela coragem de ousar.

Pela confiança a mim dedicada e por respeitar o tempo de uma doutoranda de 50 anos. Sua competência e comprometimento com o cuidado integral e humanizado também se mostraram nesta orientação.

Obrigada, ainda, pelo exemplo de fé e coragem demonstrado nas adversidades e pela amizade.

À Prof.^a. Dr.^a. Márcia Guimarães da Silva,

Por contribuir com as várias etapas deste trabalho, por abrir as portas do laboratório de Imunopatologia da Relação Materno-Fetal, pela busca de soluções para os problemas que surgiram, pela generosidade de compartilhar seus conhecimentos e pela inestimável contribuição com meu desenvolvimento técnico e científico na área de infecção do trato genital. E, acima de tudo, pela amizade fraterna!

À Prof.^a. Dr.^a. Vera Lúcia Pamplona Toneti

Pela sua generosa e inestimável contribuição na análise qualitativa desta pesquisa e também, por todos os momentos de reflexão a cerca do cuidado em saúde e com a formação profissional que compartilhamos.

Este trabalho só foi possível porque contou com a participação de vários profissionais, os quais deram contribuições diversas. Fortaleceu ainda mais minha confiança, valorização e prazer no trabalho realizado em equipe. A todos meu profundo agradecimento.

Ao Prof. Emérito Domingos Alves Meira, diretor técnico do Serviço de ambulatórios Especializados e Hospital Dia, que de modo justo o homenageia levando seu nome, pelos conhecimentos científicos compartilhados, pela competência acadêmica, pela visão ampliada de cuidado às pessoas infectadas pelo HIV. Agradeço pelo incentivo e confiança.

A toda equipe do hospital-Dia: Dr. Alexandre, Adolpho, André, Fabiana, Gabriela, Karina, Luciana, Luciene, Maria José, Maria José Leme, Priscila, Rejane, Reginaldo, Rodrigo, Rosemeire, Sandra, Teresinha, Vânia e Vivian que de diferentes modos contribuíram para a concretização deste estudo.

À enfermeira Luciene Ferreira Daltin, que auxiliou no convite as mulheres, na convocação para os resultados de exames alterados e por se apresentar para ajudar em todas as horas.

À Maria José Fontes e Vânia Vieira de Melo Fagundes Vidal, pela enorme ajuda na captação das mulheres e incentivo.

À Priscila Tomarozzi Julião de Souza, por todas as reflexões e dicas que me ajudaram a conseguir ouvir histórias de vida tão difíceis.

Ao André Eduardo Mioni e Luiz Fernando Messias Vieira, por cuidadosamente listarem as mulheres atendidas e auxiliarem, também na captação.

Ao Dr. Alexandre Naime Barbosa, infectologista brilhante, pelas discussões com as quais muito aprendi e pelo estímulo e incentivo a este trabalho. Nas horas mais difíceis você aparecia e me lembrava da importância dele.

Aos residentes de infectologia Letícia, Lucas, Mônica e Priscila, pelo apoio, ajuda nos tratamentos e alegria de vocês.

À toda equipe do Laboratório de Imunopatologia da Relação Materno-Fetal Ana Carolina, Bruna, Camila, Jossimara, Natalia, Nathalia, pela forma cuidadosa com que realizaram os exames diagnósticos e pela acolhida. Em especial à Larissa Doddi Marcolino, pela dedicação e persistência na genotipagem do HPV e pela amizade e Laura Fernandes Martim pela dedicação e prontidão demonstradas.

À doutoranda Eliane Passareli que realizou todas as citologias oncológicas com competência. Obrigada, também, pela sua acolhida.

À Dr^a. Luisa Lina Villa pela abertura do Instituto Ludwig de Pesquisas sobre o Câncer para a genotipagem do HPV.

À Profa. Dra. Vera Lúcia Mores Rall pela retaguarda oferecida nas análises da cultura para o gonococo.

Ao Prof. Dr. Rinaldo Poncio Mendes pela abertura do laboratório de pesquisa em micologia e, também, pelo incentivo.

À Dr^a. Daniela Vanessa Moris pela realização das culturas e tipagem das amostras de cândida e também pela convivência e trocas que nos ajudaram a melhor compreender as difíceis aulas de imunologia. Obrigada pelo incentivo e amizade.

Aos profs. Dr. José Eduardo Corrente e Ms. Eloisa Elena Paschoalinotte pela análise estatística, paciência e dedicação.

À Prof^a. Dr^a. Maria Antonieta Carvalhares pelas suas importantes sugestões e auxílio na interpretação das análises estatísticas.

À prof^a. Dr^a. Elucir Gir pelas importantes sugestões no exame de qualificação.

À bibliotecária Rosemary Cristina da Silva pela revisão das referências bibliográficas. Você é sempre meu anjo da guarda!

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem Agnaldo, Amanda, Andrea, Carina e Fernando, que contribuíram de várias maneiras com este trabalho.

Ao Agnaldo Rodrigues dos Santos pela competente e dedicada assessoria na formatação desta tese.

À Prof^a. Dr^a. Cristina Garcia de Lima Parada companheira de caminhada que muito contribuiu para meu crescimento técnico e

científico, especialmente na abordagem das infecções genitais.

Obrigada pela amizade fraterna.

À Prof.^a. Dr.^a. Ilda de Godoy, querida amiga-irmã: vivenciamos a criação do SUS, juntas batalhamos para sua implantação e hoje compartilhamos nossas vivências com futuros profissionais, mas acima de tudo, obrigada por você estar na minha vida.

À doutoranda Máira Rodrigues Baldin Del Pogetto pelas reflexões, pelas idéias inovadoras e pela amizade.

Aos amigos Antonio, Carlinhos, Eliane, Carminha, Rogéria Teresa, Toninho e Valmir, pela amizade sincera e apoio nas horas mais difíceis.

À querida e animada “Turma da Massa” pelos momentos de descontração tão necessários para a renovação das energias. Obrigada pela convivência diária, respeitosa e por todo apoio recebido.

Por fim, e não com menor gratidão, ao meu querido companheiro Jânio, que deu conta de toda infra-estrutura familiar, pelo constante incentivo, apoio e amor dedicado; ao meu filho Tiago pelo orgulho que demonstra pelas realizações da mamãe e a Carolzinha, pela (in)compreensão do tempo roubado de convivência. Teus movimentos me posicionam sempre!

Ao meu pai, Laurindo, pelo cuidado e dedicação para comigo.

À D. Dute, pela presença sempre viva e motivadora na minha vida, onde quer que esteja.

*“Deus de nossos pais e Senhor de misericórdia, que todas as coisas
criastes pela Vossa palavra, dai-me a Sabedoria que partilha de
Vosso trono”. (Livro da Sabedoria, 9, 1,2 e 4)*

*Obrigada Senhor pela vida e por todas as oportunidades de conviver e
aprender... e de transformar!*

*A solidariedade é uma força política,
a única capaz de transformar o mundo.*

(Herbert Daniel, 1994)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	23
2. OBJETIVOS	34
3. METODOLOGIA	35
3.1. DESENHO DO ESTUDO.....	35
3.2. CAMPO DO ESTUDO.....	35
3.3. CASUÍSTICA	36
3.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	37
3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO	37
3.5.1 Variáveis sociodemográficas	37
3.5.2 Variáveis clínico-laboratoriais	39
3.5.3 Variáveis comportamentais	41
3.5.4 Variáveis relacionadas à reprodução	44
3.5.5 Outras variáveis	45
3.6 COLETA DOS DADOS	45
3.7 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DAS ALTERAÇÕES DA MICROBIOTA VAGINAL E INFECÇÕES GENITAIS	48
3.7.1 Flora I	48
3.7.2 Candidose vaginal	48
3.7.3 Vaginose bacteriana	48
3.7.4 Flora II	48
3.7.5 Vaginite aeróbia	49
3.7.6 Tricomoníase	49
3.7.7 Pesquisa de HPV	49
3.7.8 Pesquisa de <i>Chlamydia trachomatis</i>	52
3.7.9 Pesquisa de <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	52
3.7.10 Pesquisa de sífilis	53
3.7.11 Citologia Oncótica Tríplice	53
3.8 ANÁLISE DOS DADOS	53
3.8.1 Análise Estatística	53
3.8.2 Análise dos dados quantitativos	54
3.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	56

4. RESULTADOS	57
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA	57
4.1.1 Perfil sociodemográfico e clínico-laboratorial	57
4.1.2 Perfil relativo a aspectos da sexualidade e reprodução	60
4.1.3 Perfil relativo ao consumo de substâncias	62
4.2 CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO AO HIV E CONDIÇÃO DE DIAGNÓSTICO	62
4.3 PREVALÊNCIAS DE ALTERAÇÕES DA MICROBIOTA VAGINAL E FATORES ASSOCIADOS À VAGINOSE BACTERIANA E CANDIDOSIS VAGINAL	64
4.4 PREVALÊNCIAS DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E FATORES ASSOCIADOS À TRICOMONÍASE, INFECÇÃO PELA <i>C.</i> <i>trachomatis</i> E PELO HPV	72
4.4.1 Fatores associados à tricomoníase	74
4.4.2 Fatores associados à infecção pela <i>C. trachomatis</i>	78
4.4.3 Fatores associados à infecção pelo HPV	82
4.5 PREVALÊNCIA DE LESÕES PRECURSORAS DO COLO UTERINO E FATORES ASSOCIADOS À LESÃO DE ALTO E BAIXO GRAU	85
4.5.1 Antecedentes e prevalência de lesões precursoras do colo uterino	85
4.5.2 Fatores associados à lesão intraepitelial cervical de alto grau	88
4.5.3 Fatores associados à lesão intraepitelial cervical de baixo grau	91
4.6 REPRODUÇÃO, SEXUALIDADE E HIV/AIDS	94
4.6.1 Reprodução na vivência do HIV/aids	94
4.6.2 Sexualidade na perspectiva de mulheres vivendo com HIV/aids	96
5. DISCUSSÃO	115
6. CONCLUSÕES	146
7. REFERÊNCIAS	150
ANEXOS	162

Lista de Tabelas

- Tabela 1.** Distribuição das 184 mulheres infectadas pelo HIV/aids, segundo variáveis sociodemográficas. Botucatu, 2008 - 2010.
- Tabela 2.** Distribuição das 184 mulheres infectadas pelo HIV/aids, segundo aspectos clínico-laboratoriais selecionados, relacionados à infecção pelo HIV. Botucatu, 2008 - 2010.
- Tabela 3.** Distribuição das 184 mulheres infectadas pelo HIV/aids, segundo aspectos relativos à sexualidade e reprodução. Botucatu, 2008 – 2010.
- Tabela 4.** Distribuição das 184 mulheres infectadas pelo HIV/aids, segundo consumo de substâncias. Botucatu, 2008 - 2010.
- Tabela 5.** Distribuição das 184 mulheres infectadas pelo HIV/aids, segundo categoria de exposição. Botucatu, 2008 - 2010.
- Tabela 6.** Distribuição de 116 mulheres infectadas pelo HIV/aids, segundo padrão da microbiota vaginal. Botucatu, 2008 - 2010.
- Tabela 7** Associação entre vaginose bacteriana e variáveis demográficas e comportamentais de 116 mulheres vivendo com HIV/AIDS. Botucatu, 2008-2010.
- Tabela 8.** Associação entre vaginose bacteriana e variáveis clínicas e laboratoriais de 116 mulheres vivendo com HIV/AIDS. Botucatu, 2008-2010.
- Tabela 9.** Resultados das análises de regressão logística bivariada e multivariada entre variáveis selecionadas e presença de vaginose bacteriana. Botucatu, 2008 - 2010.
- Tabela 10.** Associação entre candidose vaginal e variáveis sociodemográficas, comportamentais, clínicas e laboratoriais de 116 mulheres vivendo com HIV/AIDS. Botucatu, 2008-2010.
- Tabela 11.** Resultados das análises de regressão logística bivariada e multivariada entre variáveis selecionadas e presença de candidose vaginal. Botucatu, 2008 - 2010.
- Tabela 12.** Prevalência de doenças sexualmente transmissíveis entre as mulheres infectadas pelo HIV/aids. Botucatu, 2008 - 2010.
- Tabela 13.** Associação entre tricomoníase e variáveis sociodemográficas e comportamentais de 184 mulheres vivendo com HIV/aids. Botucatu, 2008-2010.
- Tabela 14.** Associação entre tricomoníase e variáveis clínicas e laboratoriais de 184 mulheres vivendo com HIV/aids. Botucatu, 2008-2010.

- Tabela 15.** Resultados das análises de regressão logística bivariada e multivariada entre variáveis selecionadas e presença de tricomoníase. Botucatu, 2008 - 2010.
- Tabela 16.** Associação entre a infecção pela *C. trachomatis* e variáveis sociodemográficas e comportamentais de 183 mulheres vivendo com HIV/aids. Botucatu, 2008-2010.
- Tabela 17.** Associação entre a infecção pela *C. trachomatis* e variáveis clínicas e laboratoriais de 183 mulheres vivendo com HIV/aids. Botucatu, 2008-2010.
- Tabela 18.** Resultados das análises de regressão logística bivariada e multivariada entre variáveis selecionadas e presença da infecção pela *C. trachomatis*. Botucatu, 2008 - 2010.
- Tabela 19.** Associação entre a infecção pelo HPV e variáveis sociodemográficas e comportamentais de 183 mulheres vivendo com HIV/aids. Botucatu, 2008-2010.
- Tabela 20.** Associação entre a infecção pelo HPV e variáveis clínicas e laboratoriais de 183 mulheres vivendo com HIV/aids. Botucatu, 2008-2010.
- Tabela 21.** Resultados das análises de regressão logística bivariada e multivariada entre variáveis selecionadas e presença da infecção pelo HPV. Botucatu, 2008 - 2010.
- Tabela 22.** Distribuição das 184 mulheres infectadas pelo HIV/aids, segundo o resultado da citologia oncótica cérvico-vaginal convencional. Botucatu, 2008 - 2010.
- Tabela 23.** Associação entre lesão intra-epitelial cervical de alto grau e variáveis sociodemográficas, comportamentais, clínicas e laboratoriais de 184 mulheres vivendo com HIV/aids. Botucatu, 2008-2010.
- Tabela 24.** Associação entre lesão intraepitelial cervical de baixo grau e variáveis sociodemográficas, comportamentais, clínicas e laboratoriais de 184 mulheres vivendo com HIV/aids. Botucatu, 2008-2010.
- Tabela 25.** Resultados das análises de regressão logística bivariada e multivariada entre variáveis selecionadas e presença de lesão intraepitelial cervical de baixo-grau. Botucatu, 2008 - 2010.
- Tabela 26.** Métodos contraceptivos utilizados por mulheres vivendo com HIV/aids, segundo período de conhecimento da soropositividade em relação ao HIV. Botucatu, 2008 – 2010.

Tabela 27. Distribuição das 136 mulheres infectadas pelo HIV com atividade sexual, segundo ocorrência de mudanças relacionadas à infecção pelo HIV/aids em aspectos selecionados da sexualidade, na época da entrevista. Botucatu, 2011.

Tabela 28. Distribuição das mulheres infectadas pelo HIV/aids, segundo uso consistente de preservativos nos diferentes tipos de prática sexual. Botucatu, 2011.

Lista de Figuras

- Figura 1.** Mapa geográfico do Estado de São Paulo apresentando as Regiões de Saúde da DRS – VI - Bauru, respectivas regiões e municípios (Coordenadoria de Planejamento de Saúde/ SES – SP).
- Figura 2** Frequência absoluta de genótipos de HPV em mulheres vivendo com HIV/Aids, segundo lesão intraepitelial cervical de alto e baixo grau e atipias em células escamosas.

RESUMO

Os dados da Organização Mundial da Saúde, bem como os nacionais, mostram o avanço da epidemia de aids entre as mulheres, com maior concentração de casos na faixa reprodutiva. O objetivo deste estudo foi analisar aspectos da saúde sexual e reprodutiva de mulheres infectadas pelo HIV/Aids atendidas no Serviço de Ambulatórios Especializados e Hospital Dia “Domingos Alves Meira”. Trata-se de estudo transversal, descritivo e analítico que contemplou, também, abordagem qualitativa, visando atender ao objetivo de descrever a vivência da sexualidade das mulheres investigadas. Incluiu-se o conjunto das mulheres vivendo com HIV/aids em seguimento no referido serviço, que aceitaram participar da pesquisa (n=184). Os dados foram obtidos pela própria pesquisadora, por meio de entrevista que contemplou questões abertas e fechadas e exame ginecológico. Realizou-se coleta de amostras do conteúdo vaginal para realização do exame microscópico direto corado pelo método de Gram, que permitiu o diagnóstico de vaginose bacteriana e candidose vaginal e cultura para *Trichomonas vaginalis*; coleta de secreção cervical para cultura para *Neisseria gonorrhoeae* e pesquisa de *Chlamydia trachomatis* e de papiloma vírus humano (HPV) por reação em cadeia da polimerase e citologia cérvico-vaginal convencional. Para análise dos dados empregou estatística descritiva e as associações foram verificadas pelo teste qui-quadrado ou exato de Fisher. Foram ajustados modelos de regressão logística para conhecer as variáveis que mais influenciaram no aparecimento das afecções do trato genital inferior. Predominaram as mulheres brancas, com idade entre 30 e 59 anos, com união estável e baixo nível de escolaridade, que procediam de 45 municípios do interior paulista. A via de infecção do HIV predominante foi sexual (94,0%) e entre estas, 84,2% foram contaminadas por seus parceiros ou ex-parceiros fixos. A mediana do tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV foi de oito anos e a da contagem de células T CD4+ 488 cel/mm³, 54,7% tinham carga viral plasmática do HIV indetectável e 79,9% faziam uso de terapia antirretroviral combinada e potente. A prevalência de alterações da microbiota vaginal foi de 51,8%, sendo a vaginose bacteriana (VB) a alteração mais prevalente (39,6%). A VB associou-se, na análise multivariada, com prova das aminas positiva (OR=36,12; IC95%:9,87–132,21) e pH vaginal > 4,5 (OR=5,40; IC95%:1,22–23,96). Candidose vaginal teve prevalência de 10,3% e associou-se, na análise multivariada, à presença de eritema e/ou edema e/ou escoriação na vulva (OR=11,95; IC95%:2,72–52,52) e com queixa de prurido genital (OR=6,47; IC95%:1,44–29,07). A prevalência geral de DST foi de 87,0%, sendo que, isoladamente, a infecção pelo HPV foi a mais prevalente (83,6%), seguida da infecção pela *C. trachomatis* (24,6%), tricomoníase (14,7%) e sífilis (1,1%). Não foram diagnosticados casos de infecção pela *N. gonorrhoeae*. Os fatores independentemente associados à tricomoníase foram cor da pele negra e parda (OR=3,09; IC95%:1,26–7,56), utilização de alguma droga ilícita (OR=3,41; IC95%:1,04–11,16), presença de conteúdo vaginal (OR=8,24; IC95%:1,06–64,17) e pH acima de 4,5 (OR=4,56; IC95%:1,01–20,65). *C. trachomatis* associou-se com cor da pele negra e parda (OR=2,87; IC95%:1,35–6,11) e presença de ectopia no colo uterino (OR=2,89; IC 95%:1,23–6,78). Das 43 mulheres em que se procedeu a genotipagem do HPV, 41 (95,3%) tinham pelo menos um genótipo de alto grau de oncogenicidade, duas tinham, exclusivamente, genótipos de baixo grau e 16 (37,2%) concomitância de genótipos. Apenas a variável vaginose bacteriana constituiu-se em fator independentemente associado ao HPV (OR=5,79; IC 95%:1,23–27,19). A prevalência de citologia oncótica alterada foi de 21,2% sendo que antecedente de lesão pré-neoplásica ou neoplásica associou-se com lesão de baixo grau (OR=8,67; IC 95%:2,29–32,84) e idade inferior a 30 anos, com lesão de baixo grau (OR=6,20; IC95%:0,66 – 58,13). Setenta e um por cento das mulheres relataram mudanças na vida sexual após o diagnóstico da infecção pelo HIV, inclusive inatividade

sexual (23,9%). Identificaram-se diferentes níveis de satisfação com a vida sexual e dificuldades para iniciar e manter um relacionamento afetivo-sexual. A diminuição da qualidade da vida sexual relacionou-se tanto à alterações da resposta sexual, quanto à modificação no repertório das práticas sexuais, justificada, dentre outros motivos, pela tensão durante a relação sexual em função do medo de transmitir o HIV a seus parceiros não infectados, de se reinfectarem e/ou adquirirem outras DST, insegurança quanto à proteção oferecida pelo preservativo e comprometimento da autoimagem. Entre as dificuldades para se iniciar e manter um relacionamento destacou-se a rejeição e o dilema de revelar o diagnóstico ao parceiro, sentimentos negativos como mágoa, decepção e raiva pela traição e, especialmente, a dificuldade de negociação do uso do preservativo, claramente relacionada às diferenças de poder e gênero. Observaram-se alterações no padrão de uso de métodos contraceptivos e que 29,4% das mulheres mantinham o desejo de engravidar. Conclui-se que este estudo vem contribuir para o planejamento de ações mais abrangentes, voltadas à promoção da saúde integral das mulheres vivendo com HIV/aids, à medida que levanta uma série de necessidades reais, relativas à saúde sexual e reprodutiva e contexto sócio-cultural e programático de vulnerabilidade de mulheres residentes no interior do Estado de São Paulo.

Palavras chave: Saúde sexual e reprodutiva; mulheres; HIV/aids; vaginose bacteriana; candidíase vulvovaginal; tricomoníase; Chlamydia trachomatis; HPV; neoplasia intra-epitelial cervical; sexualidade; reprodução.

ABSTRACT

Data from the World Health Organization and those from national reports show the progression of the AIDS epidemic among women, with a larger concentration of cases at their reproductive age. This study aimed at analyzing aspects related to the sexual and reproductive health of women infected with HIV/AIDS attended to by the Specialized Outpatient Service and Day Hospital “Domingos Alves Meira”. It is a cross-sectional, descriptive and analytical study with a qualitative approach aiming at describing how sexuality is experienced by the women investigated. The group of women living with HIV/AIDS attended to at the abovementioned service and who accepted to participate in the study (n=184) was included. Data were obtained by the researcher by means of interviews with open and closed questions and by gynecological examination. Samples of vaginal content were collected for direct microscopic examination stained by the Gram method, which allowed for diagnosing bacterial vaginosis, vaginal candidiasis and culture of *Trichomonas vaginalis*; cervical secretion was also collected for culture of *Neisseria gonorrhoeae* and research of *Chlamydia trachomatis* and the human papillomavirus (HPV) by polymerase chain reaction and conventional cervicovaginal cytology. For data analysis, descriptive statistics was used, and associations were evaluated by the chi-square test or Fisher’s exact test. Logistic regression models were fitted in order to recognize the most influential variables in the onset of diseases in the lower genital tract. White women, aged 30 to 59 years, in a common-law relationship and with poor education predominated. They came from 45 cities in São Paulo state. The route of HIV infection was predominantly sexual (94.0%) and, among these, 84.2% were contaminated by their steady or former partners. The median for HIV infection diagnosis time was of eight years and that for T CD4+ cell count was of 488 cell/mm³; 54.7% had an undetectable HIV plasma viral load, and 79.9% used highly active antiretroviral therapy. The prevalence of alterations in the vaginal microbiota was of 51.8%, and bacterial vaginosis (BV) was the most prevalent alteration (39.6%). In multivariate analysis, BV associated with a positive whiff test (OR=36.12; CI 95%:9.87–132.21) and vaginal pH > 4.5 (OR=5.40; CI 95%:1.22–23.96). Vaginal candidiasis showed a prevalence of 10.3%, and in multivariate analysis, it associated with the presence of erythema and/or edema and/or excoriation in the vulva (OR=11.95; CI 95%:2.72–52.52) and with a complaint of genital pruritus (OR=6.47; CI 95%:1.44–29.07). The general prevalence of STD was of 87.0%, and isolatedly, HPV infection was the most prevalent (83.6%), followed by infection with *C. trachomatis* (24.6%), trichomoniasis (14.7%) and syphilis (1.1%). Cases of infection with *N. gonorrhoeae* were not diagnosed. Independent factors associated with trichomoniasis were black and pardo skin (OR=3.09; CI 95%:1.26–7.56), illicit drug use (OR=3.41; CI 95%:1.04–11.16), presence of vaginal content (OR=8.24; CI 95%:1.06–64.17) and pH above 4.5 (OR=4.56; CI 95%:1.01–20.65). *C. trachomatis* associated with black and pardo skin (OR=2.87; CI 95%:1.35–6.11) and presence of ectopy in the uterine cervix (OR=2.89; CI 95%:1.23–6.78). Of the 43 women who underwent HPV genotyping, 41 (95.3%) showed at least one genotype of high-degree oncogenicity; two had exclusively low-degree genotypes, and 16 (37.2%) showed concomitance of genotypes. Only bacterial vaginosis was an independent factor associated with HPV (OR=5.79; CI 95%:1.23–27.19). The prevalence of altered oncotic cytology was of 21.2%, and a history of pre-neoplastic or neoplastic lesion associated with low-degree lesion (OR=8.67; CI 95%:2.29–32.84) and age younger than 30 years with low-degree lesion (OR=6.20; IC 95%:0.66–58.13). Seventy-one percent of the women reported changes in their sexual lives after the HIV-infection diagnosis, including sexual inactivity (23.9%). Different levels of satisfaction about one’s sexual life and difficulties to begin and maintain affective and sexual

relationships were reported. Impaired quality of sexual life was related to both alterations in sexual response and changes in their repertoire of sexual practices, which was explained by, among other reasons, tension during sexual relations due to the fear of transmitting HIV to their non-infected partners, of becoming re-infected or acquiring other STD, insecurity as regards the protection provided by condoms and of compromising their self-image. Among the difficulties to begin and maintain a relationship, the following were pointed out: rejection, the dilemma of revealing their diagnoses to their partners, negative feelings such as sorrow, disappointment and anger for having been betrayed and, especially, the difficulty of negotiating the use of condoms, which is clearly related to the differences in power and gender. Changes in contraceptive-drug use patterns and the fact that 29.4% of the women still desired to become pregnant were observed. It was concluded that this study can contribute to the planning of more comprehensive actions targeted at promoting the integral health of women living HIV/AIDS, as it raises a number of actual needs related to sexual and reproductive health and to the socio-cultural and programmatic vulnerability context of women living in São Paulo state.

Key words: Sexual and reproductive health; women; HIV/AIDS; bacterial vaginosis; vulvovaginal candidiasis; trichomoniasis; Chlamydia trachomatis; HPV; cervical intra-epithelial neoplasia; sexuality; reproduction.

1. INTRODUÇÃO

Segundo dados da JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS), até dezembro de 2010, 34 milhões de pessoas estavam infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), incluindo 3,4 milhões de crianças com menos de 15 anos. A metade das pessoas que vivem com HIV/aids com 15 anos e mais eram mulheres. Nesse mesmo período, ocorreram 2,7 milhões de novas infecções, sendo 390 mil em menores de 15 anos. Do total de pessoas infectadas, a África subsaariana concentrava acima de 68,0% dos casos, com prevalência de 5,0% em indivíduos acima de 15 anos. Nesta região, a prevalência é maior em mulheres do que em homens na faixa de 15 a 24 anos (3,3% vs. 1,4%)¹.

O número estimado de novas infecções pelo HIV na América Latina, em 2010 variou de 99 a 100 mil e ocorreram 67.000 óbitos relacionados à aids. A região continha 1,5 milhões de pessoas vivendo com HIV/aids, sendo que mais de um terço (36,0%) dos adultos eram mulheres, com prevalência de 0,4% em indivíduos com 15 anos e mais de idade¹. O Brasil, país mais populoso da América Latina, concentrava, aproximadamente, um terço das pessoas infectadas pelo HIV, nesse mesmo período¹.

De 1980 até junho de 2011 foram notificados, no Brasil, 608.230 casos de aids, sendo que as maiores concentrações ocorreram na região Sudeste (56,4%) e Sul (20,2%). No mesmo período, foram identificados 397.662 (65,4%) casos de aids no sexo masculino e 210.538 (34,6%) no feminino. A taxa de prevalência da infecção pelo HIV, na população de 15 a 49 anos, mantém-se estável em 0,6% desde 2004, sendo 0,4% entre as mulheres e 0,8% entre os homens, enquanto a incidência teve leve redução de 18,8/100 mil habitantes em 2009 para 17,9/100 mil habitantes em 2010. Essa faixa foi de 22,9/100mil habitantes para o sexo masculino e de 13,2/100.000 habitantes para o feminino².

Ainda no Brasil, o maior número de casos encontrava-se na faixa etária dos 20 aos 49 anos², concentrando-se, assim, na faixa reprodutiva. Entretanto, observou-se importante aumento de incidência na faixa etária acima de 50 anos. Nas mulheres dessa faixa etária, passou de 5,5 casos por 100 mil habitantes em 1998, para 18,8 casos por 100 mil habitantes em 2010 e nos homens, de 9,9 casos por 100mil habitantes para 14,2 casos por 100 mil habitantes, no mesmo período. Ressalta-se, ainda, o crescimento da incidência da doença entre os jovens de 15 a 24 anos do sexo masculino, cuja principal categoria de exposição atribuída é a sexual, mais especificamente, nas categorias, homossexual e heterossexual³.

Estudos objetivando analisar os aspectos epidemiológicos da aids no Brasil, apontaram que nos primeiros anos, houve concentração da doença entre a população de homens que fazem sexo com homens, disseminando-se, em seguida, entre os usuários de drogas injetáveis e aqueles que recebiam transfusão de sangue e/ou hemoderivados⁴⁻⁶. Disseminada entre os heterossexuais a partir de meados da década de 1990, constitui-se, atualmente, na categoria de exposição sexual, a forma de transmissão com maior número de casos notificados, tendo como uma das consequências o rápido aumento da incidência da doença entre as mulheres². A razão de sexos, portanto, vem diminuindo ao longo do tempo, passando de 26 homens para uma mulher em 1985, para 1,5 homem para uma mulher em 2002⁴⁻⁵, mantendo-se nestes patamares até 2008 e chegando a 1,7 homem para uma mulher em 2010².

Segundo Dourado et al.⁶, a desaceleração da tendência da epidemia no Brasil não ocorreu de forma homogênea, embora trabalhos anteriores apontassem tendência à estabilização das taxas de incidência, sobretudo a partir de 1997, com a introdução da terapia antirretroviral de alta potência (TARV). Observou-se que a incidência da aids e a mortalidade apresentaram crescimento constante e uniforme nas diferentes regiões do país,

até meados da década de 1990 e que, a partir de 1996, notou-se redução progressiva da mortalidade e o crescimento da incidência deixa de ser acompanhado pelo de óbitos.

O Estado de São Paulo tem sido responsável, desde o início da epidemia, por cerca de 50,0% do total de notificações do país. A ocorrência de casos acompanhou o mesmo padrão do resto do Brasil, sendo que, no início da epidemia, os coeficientes de incidência eram expressivamente maiores no sexo masculino, havendo posteriormente aumento significativo no sexo feminino⁷. A relação masculino/feminino, que em 1984 era de 20/1, aproximou-se de 2/1 em 1996, assim permanecendo até 2010⁸.

Santos et al.⁷ analisaram a epidemia no sexo feminino, no Estado de São Paulo, destacando três fases distintas em termos de maior risco para infecção pelo HIV. A primeira fase se estendeu até 1986, quando a transmissão pela via sexual era a mais frequente, principalmente entre as mulheres com parceiros bissexuais e receptores de sangue e hemoderivados. Na segunda fase, de 1987 a 1990, prevaleceram os casos entre usuárias de drogas injetáveis. A terceira fase, de 1991 até o presente momento, a via sexual novamente é a situação de risco mais frequentemente descrita entre os casos de aids em mulheres.

A epidemia de aids é hoje um grande problema de saúde pública no Brasil e, embora haja mais casos notificados em indivíduos do sexo masculino, a velocidade de crescimento é, como em outros países, muito maior entre as mulheres do que entre os homens^{4,7}.

Com o crescimento da aids entre mulheres adolescentes e adultas jovens, manifestações ginecológicas continuam a desempenhar importante papel na transmissão da doença^{9,10}.

Muitas infecções do trato genital inferior estão envolvidas em complicações ginecológicas e obstétricas, tais como, doença inflamatória pélvica (DIP), esterilidade,

câncer de colo de útero, prematuridade, trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas, corioamnionite, entre outras. A presença dessas infecções em mulheres infectadas pelo HIV pode se associar com outras complicações obstétricas e ginecológicas^{9,11-14}.

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) e outras infecções do trato genital têm sido relacionadas à susceptibilidade aumentada à infecção pelo HIV, ao maior risco potencial de transmissão^{9,11-14}, bem como com a indução da replicação do HIV¹⁵.

Segundo Moherdau¹⁶, a presença de uma DST aumenta tanto a suscetibilidade quanto a infectividade do HIV, fenômeno denominado de sinergia epidemiológica. Numerosos estudos demonstrando o sinergismo entre DST e HIV têm sido realizados em indivíduos adultos^{9,10,12-14}.

O efeito de uma DST como cofator na transmissão do HIV foi demonstrado tanto para as DST ulcerativas^{13,17-21}, quanto para as não ulcerativas e outras infecções do trato genital feminino^{9,13,17}, com maior risco de soroconversão nas pessoas infectadas com DST ulcerativas^{13,17,19}, por se constituírem em porta de entrada para o microrganismo, além de aumentarem a presença e ativação de células susceptíveis ao HIV²².

Embora cada DST tenha sua própria morbidade, a maioria delas apresenta a propriedade comum de induzir inflamação, que resulta em risco para aquisição do HIV.

Um dos mecanismos pode ser a simples ruptura da barreira mucosa causada pelo processo inflamatório¹⁷ e outro, pode estar relacionado ao recrutamento de células alvo, por exemplo, linfócitos T CD4+ ou células de Langerhans, podendo assim, facilitar a aquisição do vírus²³.

O vírus do herpes simples (HSV) é a causa mais comum de úlcera genital no mundo²⁴, sendo que as mulheres infectadas pelo HIV têm altas taxas de soroprevalência de HSV tipo II^{24,25}, associando-se com significativa morbidade e mortalidade neste grupo²⁶.

Esta coinfeção pode resultar em aumento da eficiência da transmissão de ambas as viroses, tendo em vista que o HIV tem sido isolado em praticamente todas as úlceras genitais em indivíduos coinfectados com HSV²⁷. Além disso, este pode ser, também, importante cofator na progressão da infecção pelo HIV, uma vez que a infecção de macrófagos da mucosa genital pelo HSV induz a replicação do HIV nessas células¹⁵, e ainda, a infecção pelo HSV aumenta a expressão de células T CD4+ e, assim, aumenta o número de células susceptíveis à infecção²⁸. Em grande estudo europeu, van Benthem et al.²⁹ observaram que 46,0% das mulheres infectadas pelo HIV eram soropositivas para o HSV.

A flora vaginal normal tem sido destacada na literatura como importante fator protetor contra patógenos genitais. Essa proteção tem sido atribuída em parte aos lactobacilos produtores de peróxido de hidrogênio, que tem importante papel no ecossistema vaginal e é tóxico para vários microrganismos, incluindo o HIV³⁰, mas também, ao efeito antimicrobiano do ácido láctico e da acidez vaginal, a produção de defensinas e citocinas endógenas, além da produção de muco cervical^{31,32}. Assim, a flora vaginal alterada pode comprometer essa defesa do hospedeiro contra infecções. Nesse sentido, Rotsein et al.³³ descrevem que a sialidase e outros glicosídeos, encontrados em níveis aumentados no fluido vaginal de mulheres com vaginose bacteriana (VB), diminuem a viscosidade do fluido vaginal, o que pode alterar a integridade da mucosa e facilitar a aquisição de patógenos.

Em estudo recente, Donders et. al.³⁴ definiram a vaginite aeróbia como uma infecção associada com microrganismos aeróbios, principalmente, o *Streptococcus* do grupo B e *Escherichia coli*. Segundo esses autores, a vaginite aeróbia suscita intensa resposta inflamatória, podendo causar complicações da gravidez, porém não há na literatura trabalhos investigando esta entidade em mulheres infectadas pelo HIV.

Outra relação de grande importância é a associação HIV/papiloma vírus humano (HPV) uma vez que a imunossupressão crônica é um fator de risco para o desenvolvimento e progressão de neoplasias cervicais uterinas, quando associada à infecção por tipos oncogênicos do HPV^{35,36}. Vários estudos demonstraram prevalência elevada de infecção pelo HPV em mulheres HIV positivas³⁷⁻⁴⁰ com risco aumentado de neoplasia intraepitelial cervical^{35,36,41}.

A infecção do trato genital inferior pelo HPV é considerada, atualmente, o fator mais importante na gênese de neoplasia. Sequências virais são encontradas em mais de 99,0% dos cânceres cervicais em todo o mundo, com a presença do tipo 16 em 50,0% e dos tipos 18, 31, e 45 em 30,0% dos casos⁴².

A infecção com HPV de alto risco parece ser necessária para o desenvolvimento do câncer do cérvix, porém não suficiente, uma vez que a grande maioria de mulheres infectadas não desenvolve a doença. Dessa forma, surge temática envolvendo cofatores que incluem, tanto os vírus específicos, quanto os fatores relativos à imunidade dos hospedeiros. A resposta imune do hospedeiro e, particularmente, a imunidade celular representa determinante crítico na incidência da infecção e na evolução (regressão, persistência ou progressão) das lesões HPV-induzidas⁴². A infecção pelo HIV parece alterar a história natural da oncogênese associada ao HPV, porém seu impacto na ginecologia foi definido recentemente^{37,43,44}.

Em 1987, foi relatada pela primeira vez alta prevalência de colpocitologia oncótica alterada em mulheres infectadas pelo HIV. Na oitava Conferência Internacional de Aids, ocorrida em Amsterdam, em 1992, vários estudos relataram a associação entre as infecções pelo HIV e HPV em mulheres, mostrando prevalência aumentada de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) com alta frequência de infecção pelo HPV e correlação, dependente do grau de imunossupressão⁴¹.

No sistema de classificação do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Atlanta, nos Estados Unidos da América, para o HIV, de 1993, o desenvolvimento de NIC define uma condição de estágio B e câncer cervical invasivo tornou-se uma condição definidora de aids entre as mulheres⁴⁵.

Segundo Palefsky et al.³⁸, existe prevalência aumentada de infecção pelo HPV entre as mulheres portadoras de HIV, independentemente do genótipo do HPV. A ocorrência dos genótipos de alto risco oncogênico foi três vezes mais comum entre mulheres com contagem de células T CD4+ menor que 200/mm³.

A literatura aponta, além da alta prevalência de tipos oncogênicos de HPV no trato genital das mulheres infectadas pelo HIV, a concomitância de múltiplos tipos de HPV^{39,40}. A recorrência, persistência e progressão das lesões intraepiteliais cervicais foram estudadas por Napp et al.³⁵, que relataram risco quatro vezes maior na recorrência e cinco vezes maior na progressão das lesões, nas mulheres infectadas pelo HIV. Apontaram, também, risco ainda maior naquelas com contagem de linfócitos T CD4+ menor que 200 células/mm³, concluindo que o *status* imunológico parece ser fator determinante no prognóstico das lesões intraepiteliais cervicais.

A magnitude do risco aumentado de câncer cervical ou anal em indivíduos HIV positivos ainda não está clara, porém, está bem estabelecido que o risco permaneça elevado mesmo com a TARV⁴²⁻⁴⁴. Dada a importância da associação HIV/HPV no desenvolvimento e evolução das lesões precursoras e neoplásicas, os estudos^{35,41,44} recomendam triagem regular para citologia oncótica nas mulheres infectadas com HIV, visando a diagnóstico e tratamento precoces das lesões, especialmente, naquelas com maior imunossupressão.

Por um longo tempo, o comportamento sexual de pessoas infectadas pelo HIV não recebeu atenção adequada, por várias razões. Inicialmente, o diagnóstico de infecção pelo

HIV parecia implicar sentença de morte. Neste contexto, a vida sexual das pessoas infectadas parecia um tema secundário, dificultando o pensamento da prevenção focada no comportamento sexual. Além disso, a convicção de que a estigmatização deveria ser evitada, também, excluiu o interesse no comportamento sexual das pessoas infectadas⁴⁶. Com o surgimento da TARV em 1996, que levou à relativa recuperação do estado de saúde dos pacientes, a questão de sua sexualidade começou a aparecer como um tópico de pesquisa nas ciências sociais e comportamentais. Mesmo na Saúde Pública, até então, o tema foi tratado somente, de forma mais específica, relacionado à prevenção da transmissão sexual do HIV⁴⁷ e a eficácia das intervenções que objetivavam as alterações desses comportamentos⁴⁸.

As pesquisas, ainda escassas nessa área, mostram que há vários modos pelos quais a infecção pelo HIV afeta a sexualidade⁴⁶⁻⁵¹, além de observarem, também, que há prática de sexo inseguro entre pessoas infectadas pelo HIV⁵²⁻⁵⁴.

Estudos realizados entre o final da década de 1990 e início dos anos 2000^{46,51, 55} já apontavam que o diagnóstico da infecção pelo HIV/aids pode resultar em subsequente perda da libido, cessação ou redução da atividade sexual e afetar a sexualidade das pessoas de forma mais subjetiva. Por exemplo, alterar a percepção de ser uma pessoa atraente ou a convivência como um parceiro sexual. Além disso, o prazer sexual pode ser diminuído significativamente pela ansiedade relacionada à possibilidade de infectar outras pessoas, ou da reinfeção. Quando tais mudanças ocorrem, o prazer da intimidade sexual pode ser diminuído e como resultado, pode haver também redução substancial no seu interesse pelo sexo.

Segundo Siegel et al.⁴⁸, os estudos que têm abordado alterações na esfera sexual de indivíduos infectados pelo HIV, têm sido em grande parte limitados aos homens, de forma que muito menos é conhecido sobre a natureza de tais mudanças sexuais entre as mulheres

infectadas. Apesar de poucos, mas crescentes estudos na literatura que documentam que a atividade, o interesse e a satisfação sexual diminuiu entre as mulheres vivendo com HIV/aids, a compreensão das razões para estas mudanças é extremamente limitada, assim como, das adaptações dos indivíduos às experiências sexuais⁵⁶. É necessário maior compreensão de como indivíduos HIV-positivos se sentem em face a estas mudanças, a fim de se promover e facilitar a sua adaptação à convivência com o HIV/aids.

Paiva et al.⁵⁷, em 2002, apontam que o contexto sociocultural que aumenta a vulnerabilidade feminina ao HIV não desaparece quando as mulheres se descobrem infectadas pelo HIV e que, após o conhecimento de seu diagnóstico, enfrentarão desafios na vida afetiva, os quais, ainda, são pouco descritos na literatura.

A maior vulnerabilidade de mulheres e meninas à infecção pelo HIV origina-se dos aspectos biológicos e de fatores sociais, econômicos, legais e culturais, com destaque para os papéis de gênero arraigados, relações de poder desequilibradas e a aceitação, pela sociedade, da violência contra a mulher. A urbanização descontrolada e as precárias condições de vida em espaços urbanos como favelas e assentamentos aumentam o impacto e a vulnerabilidade de mulheres e meninas ao HIV. Essas questões não só limitam a autonomia para a proteção contra o HIV, como também dificultam o acesso a serviços de saúde e até a capacidade de mulheres e meninas exercerem seus direitos humanos⁵⁸.

O conceito de vulnerabilidade, segundo Ayres et al.⁵⁹ é originário da advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem para designar grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na proteção ou garantia de seus direitos de cidadania. Sua utilização no campo da saúde é relativamente recente e relaciona-se ao esforço de superação das práticas preventivas apoiadas no conceito de risco, nas quais “o risco aferido passa de uma categoria analítica abstrata para uma prática de intervenção sem as mediações necessárias para que ganhe significados reais”⁶⁰ (p.1338-9).

Com a necessidade de se incorporar aos projetos educativos em saúde as múltiplas e complexas dimensões que envolvem o processo saúde-doença, o conceito de vulnerabilidade adentra o campo da aids, a partir da interseção entre o ativismo nesse campo e o movimento internacional pelos Direitos Humanos⁶⁰. Pode ser resumido como:

“o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior ou menor vulnerabilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos”^{59(p123)}.

Em decorrência desse conceito, as análises de vulnerabilidade envolvem avaliação articulada de três componentes interligados: o individual, o social e o programático ou institucional⁵⁹.

O componente individual é, fundamentalmente, de ordem cognitiva - qualidade e quantidade de informação de que os indivíduos dispõem e capacidade de elaborá-la e de ordem comportamental - capacidade, habilidade e interesse para transformar essas preocupações em atitudes e ações protegidas e protetoras^{59,60}.

O componente social envolve o acesso às informações, às possibilidades de metabolizá-las e ao poder de incorporá-las às mudanças práticas na vida cotidiana, condições estas diretamente associadas ao acesso a recursos materiais, a instituições sociais como escola e serviços de saúde, ao poder de influenciar decisões políticas, à possibilidade de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas de todas as ordens, dentre outras, que precisam então ser incorporadas às análises de vulnerabilidade^{59,60}.

O terceiro componente, o institucional ou programático conecta os componentes, individual e social. Envolve o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado, os

quais são importantes para identificar necessidades, canalizar os recursos sociais existentes e otimizar seu uso^{59,60}.

O reconhecimento da repercussão do HIV/aids na saúde sexual e reprodutiva das portadoras - considerando os aspectos: interação DST/HIV, prevalência de HPV e oncogênese, infecção pelo HIV e sexualidade e vulnerabilidade - poderá contribuir para o estabelecimento de estratégias de prevenção e para o cuidado integral dessa população, bem como, com o aumento do conhecimento nessa área, justificando a importância deste estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar aspectos da saúde sexual e reprodutiva e descrever a vivência da sexualidade de mulheres infectadas pelo HIV/Aids.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os perfis sociodemográfico, clínico-laboratorial, relativos à sexualidade, reprodução e consumo de substâncias, buscando identificar características relacionadas à vulnerabilidade individual, social e programática;
- Analisar as condições de diagnóstico da infecção pelo HIV;
- Determinar a prevalência das alterações da microbiota vaginal e identificar fatores associados à vaginose bacteriana e candidose vaginal;
- Determinar a prevalência das DST e identificar fatores associados à tricomoníase, infecção clamidiana e pelo HPV;
- Determinar a prevalência de lesões precursoras do câncer do colo uterino e identificar seus fatores associados;
- Correlacionar as lesões precursoras do câncer do colo uterino com os subtipos de HPV;
- Descrever a vivência da sexualidade de mulheres após o conhecimento da infecção pelo HIV/Aids.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal, descritivo e analítico, que contemplou, também, abordagem qualitativa, visando atender ao objetivo proposto de descrever a vivência da sexualidade das mulheres investigadas.

3.2 CAMPO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Ambulatórios Especializados e Hospital Dia de Aids “Prof. Dr. Domingos Alves Meira” (SAE-HD), vinculado à Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (FAMESP) e à Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB)-UNESP. Este serviço é referência para o atendimento de pacientes com aids na microrregião de Botucatu, do Departamento Regional de Saúde de Bauru – DRS VI-Bauru, que compreende os municípios que constituem o Polo Cuesta (Anhemi, Areiópolis, Bofete, Botucatu, Conchas, Itatinga, Laranjal Paulista, Pardinho, Pereiras, Porangaba, Pratânia, São Manuel e Torre de Pedra) e o Vale do Jurumirim (Águas de Santa Bárbara, Arandu, Avaré, Barão de Antonina, Cerqueira César, Coronel Macedo, Fartura, Iaras, Itai, Itaporanga, Manduri, Paranapanema, Piraju, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba e Tejuapá) (Figura 1), cuja população em 2009 era de 568.428 habitantes, sendo 283.521 mulheres (IBGE/DATASUS).

O atendimento a pacientes infectados pelo HIV/aids iniciou-se em 1985 sob responsabilidade da Disciplina de Moléstias Infecciosas e Parasitárias, da Faculdade de Medicina de Botucatu, em apenas um período semanal e com equipe formada somente por um médico, uma assistente social, uma enfermeira, professora do curso de Enfermagem, da FMB, e uma aprimoranda psicóloga, com supervisão de uma professora do Departamento

foi a população estabelecida para o estudo que utilizou tanto a abordagem quantitativa, quanto para aquele que se voltou à dimensão qualitativa.

Especificamente, para a análise da microbiota vaginal, preservando condições ideais para estudo, foram excluídas 41 mulheres que estavam no período pós-menopausa e 27 que faziam uso do sulfametoxazol e trimetoprim, ou seja, foram estudadas 116 mulheres.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão no estudo foram: ter diagnóstico confirmado da infecção pelo HIV, estar em seguimento no SAE-HD, ter 18 anos ou mais, ter iniciado atividade sexual e ter condições físicas e mentais para a realização do exame ginecológico e da entrevista.

Constituíram critérios de exclusão do estudo: ausência de confirmação diagnóstica da infecção pelo HIV, não estar em seguimento no SAE-HD, ter idade inferior a 18 anos, não ter iniciado atividade sexual, não estar grávida e não possuir condições físicas e mentais que possibilitasse a realização do exame ginecológico e da entrevista e, para a investigação da microbiota vaginal, estar no período pós-menopausa e/ou fazendo uso de sulfametoxazol e trimetoprim.

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

3.5.1 Variáveis sociodemográficas

- Faixa etária: para descrição do perfil das mulheres investigadas foram categorizados os estratos 18-19, 20-24, 25-29, 30-39, 40-49, 50-59 e 60-69 anos. Como variável independente na investigação dos fatores associados às alterações da flora vaginal, DST, alterações citológicas e uso consistente do

preservativo, os estratos categorizados foram: < 30 anos, 30-49 anos e \geq 50 anos.

- Idade igual ou superior a 40 anos no diagnóstico da infecção pelo HIV: sim ou não.
- Anos de estudo concluído: obtida pela investigação do número de anos de estudo em que se obteve aprovação, categorizada nos estratos: 0, 1-3, 4-7, 8-11 e \geq 12 anos.
- Menos do que oito anos de estudo: definida como baixo nível de escolaridade - sim/não.
- Cor da pele, autorreferida: branca, preta/parda.
- Estado civil: para descrição do perfil sociodemográfico, as mulheres investigadas foram categorizadas em casada/união estável, solteira, separada/divorciada/viúva; e como variável independente, na investigação dos fatores associados às alterações da flora vaginal, DST, alterações citológicas e uso consistente do preservativo, foram categorizadas em casada/união estável e solteira/separada/divorciada/viúva.
- Atividade remunerada: definida como prática de atividade laboral que gerasse renda - sim/não.
- Acesso à previdência social: incluiu a contribuição, bem como, aposentadoria e outras formas de benefícios recebidos - sim/não.
- Região de saúde de procedência: DRS VI- Bauru; DRS XVI – Sorocaba e outros DRS.
- Classes de tamanho de população dos municípios de procedência: empregou-se a classificação de tamanho da população dos municípios proposta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁶¹ que considera municípios de

pequeno porte, aqueles com até 50 mil habitantes, de médio porte, aqueles cuja população varia de 51 a 100 mil habitantes, de grande porte, aqueles com população entre 101 e 900 mil habitantes e metrópole, aqueles com população acima de 901 mil habitantes.

3.5.2 Variáveis clínico-laboratoriais

- Tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV: calculou-se o tempo decorrido entre o conhecimento da soropositividade para o HIV/ aids e a data da inclusão no estudo. Categorizada nos estratos: < 1 ano, 1-5, 6-10 e > 10 anos.
- Último exame de citologia oncótica: calculou-se o tempo decorrido entre a data de realização do último exame de Papanicolaou e a data da inclusão no estudo.
- Uso da terapia antirretroviral: obtida pelo relato da paciente sobre utilização ou não, no momento da inclusão no estudo – sim/não.
- Contagem de linfócitos T CD4+ e carga viral plasmática do HIV: obtida por consulta ao prontuário das pacientes, observando-se o intervalo máximo de quatro meses antes ou após a inclusão no estudo. A contagem de linfócitos foi categorizada nos estratos: < 200, 200-350 e > 350 células/mm³ de sangue periférico e a carga viral em: indetectável (< 50 cópias de RNA/ml de plasma), detectável (\geq 50 cópias de RNA/ml de plasma).
- Antecedente de DST: consideraram-se referência de sífilis, gonorréia, tricomoníase, cervicite clamidiana, herpes genital, condilomatose, bem como, de vesículas e feridas em região genital - sim/não.
- Antecedente de lesão precursora ou neoplásica do colo uterino - sim/não.

- Antecedente de tratamento para lesão precursora ou neoplásica do colo uterino: consideraram-se a conização, cirurgia de alta frequência, histerectomia e braquiterapia - sim/não.
- Queixa de corrimento vaginal - sim/não.
- Queixa de mau odor genital - sim/não.
- Queixa de prurido genital - sim/não.
- Queixa de dor em baixo ventre e/ou à relação sexual - sim/não.
- Eritema/edema/escoriação em vulva: presença de qualquer um desses sinais à inspeção da vulva - sim/não.
- Conteúdo vaginal: presença de conteúdo de qualquer aspecto e quantidade à inspeção do canal vaginal - sim/não.
- pH vaginal > 4,5 - sim/não.
- Teste das aminas ou *whiff test*: positivo/negativo.
- Ectopia no colo uterino: considerou-se afirmativo nas situações em que a junção escamo-colunar estava posicionada fora do orifício do colo - sim/não.
- Vaginose bacteriana - sim/não.
- Vaginite aeróbia - sim/não.
- Flora II - sim/não.
- Candidose vaginal - sim/não.
- Outras alterações de flora: incluiu ausência de microbiota, assim como, colapsos de flora não descritos como entidades anormais.
- Gonorreia - sim/não.
- Tricomóníase - sim/não.
- Infecção pela *C. trachomatis* - sim/não.
- Infecção pelo HPV - sim/não.

- HPV de alto grau de oncogenicidade: 16, 18, 26, 31, 33, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73 e 82.
- HPV de baixo grau de oncogenicidade: 6, 40, 42, 54, 55 e 83.
- Sífilis - sim/não.
- Resultado da análise da colpocitologia oncótica: a categorização desta variável foi realizada segundo a classificação de Bethesda⁶², como se segue: dentro dos limites da normalidade no material examinado; alterações celulares benignas reativas ou reparativas - inflamação, metaplasia escamosa imatura, reparação e atrofia com inflamação; lesão intraepitelial de baixo grau; lesão intraepitelial de alto grau; lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão; atipias de células escamosas de significado indeterminado (ASC-US) e atipias de células glandulares de significado indeterminado (AGUS).

3.5.3 Variáveis comportamentais

- Utilização de tabaco: sim, ex-tabagista (uso anterior aos 12 meses que antecederam a inclusão no estudo) e não uso.
- Uso de maconha, cocaína e craque - sim/não.

Considerou-se consumo de maconha, cocaína e craque, a utilização da substância, independente da frequência ou quantidade, nos 12 meses anteriores à inclusão no estudo.

- Utilização de álcool: categorizada como, uso diário, uma vez na semana, duas a três vezes na semana, eventual e não utilização, para caracterização da população investigada. Como variável independente, na análise dos fatores associados às alterações da flora vaginal, DST, alterações citológicas e uso

consistente do preservativo foi categorizada em consumo ≥ 2 vezes na semana - sim/não.

- Realização de ducha vaginal - sim/não. Considerou-se resposta afirmativa a lavagem da vagina com qualquer produto e frequência.
- Idade da coitarca: foi categorizada nos estratos, < 14 , $15-17$ e ≥ 18 anos.
- Orientação sexual: heterossexual, bissexual e homossexual.
- Vida sexual ativa: definida como relato de pelo menos uma relação sexual nos 12 meses que antecederam à inclusão no estudo - sim/não.
- Número de parceiros sexuais na vida: referiu-se ao total de parceiros sexuais desde o início da atividade sexual até o momento da inclusão no estudo, sendo categorizado em 1, 2-4, 5-10 e >10 , para caracterização do perfil comportamental da população estudada. Como variável independente, no estudo dos fatores associados ao HPV e das lesões intraepiteliais cervicais de alto e baixo grau, as categoria foram 1, 2-4 e ≥ 5 .
- Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses: categorizado em 0, 1, 2-4 e > 5 para caracterização do perfil comportamental da população estudada e em 0, 1 e ≥ 2 , para o estudo dos fatores associados às DST e uso consistente do preservativo.
- Número de parceiros sexuais nos últimos três meses: categorizado em 0, 1, 2-3 e > 4 para caracterização do perfil comportamental da população estudada e, em 0, 1 e ≥ 2 para o estudo dos fatores associados à vaginose bacteriana e candidose vaginal.
- Parceiro sexual HIV positivo – sim, não/condição sorológica ignorada.
- Parceria sexual eventual: relativa ao momento da inclusão no estudo - sim/não.

- Prática sexual em troca de dinheiro ou drogas: referiu-se a esta prática em algum momento da vida - sim/não.
- Preservativos: uso consistente foi definido como uso do insumo em todas as relações sexuais - consistente/inconsistente.
- Motivos para não adesão ao uso de preservativo: categorizados como, parceiro não gosta de utilizar, própria paciente não gosta de utilizar, não dá tempo, parceiro é soroconcordante, não consegue negociar o uso com o parceiro e outros motivos.
- Uso de preservativo feminino: categorizado como nunca usou, experimentou, uso regular.
- Ocorrência de mudanças na vida sexual associadas à infecção pelo HIV - sim/não.
- Ocorrência de mudanças na frequência das relações sexuais associadas à infecção pelo HIV - sim/não.
- Ocorrência de mudanças no prazer sexual associadas à infecção pelo HIV: diminuiu, aumentou, não houve.
- Ocorrência de mudanças no desejo sexual associadas à infecção pelo HIV: diminuição ou ausência, melhora, não houve.
- Ocorrência de mudanças no tipo de prática sexual associadas à infecção pelo HIV - sim/não.
- Abandono da prática sexual anal em função da infecção pelo HIV/aids - sim/não.
- Abandono da prática sexual oral – quando a mulher é receptiva - em função da infecção pelo HIV/aids - sim/não.

- Abandono da prática sexual oral – quando o homem é receptivo - em função da infecção pelo HIV/aids - sim/não.
- Frequência de relações sexuais no momento da inclusão no estudo: categorizada como, diariamente, duas a quatro vezes por semana, uma vez por semana, uma ou duas vezes por mês e eventualmente.
- Tipo de prática sexual no momento da inclusão no estudo: vaginal, oral – quando a mulher é receptiva, oral – quando o homem é receptivo e anal.

3.5.4 Variáveis relacionadas à reprodução

- Período da menacme – sim/não.
- Período pós-menopausa – sim/não.
- Número de filhos: total dos filhos tidos até o momento da inclusão no estudo.
- Número de filhos após o conhecimento da soropositividade em relação ao HIV/aids: total de filhos tidos posterior ao diagnóstico da infecção pelo HIV até a inclusão no estudo.
- Desejo de concepção: no momento da inclusão no estudo - sim/não.
- Método anticoncepcional (MAC) utilizado antes do conhecimento da soropositividade em relação ao HIV/aids: considerou-se o último método utilizado (hormonal, laqueadura, vasectomia, preservativo, dispositivo intrauterino (DIU), “tabelinha”, nenhum MAC, menopausa, histerectomia).
- MAC utilizado no momento da inclusão no estudo: hormonal, laqueadura, vasectomia, preservativo, DIU, “tabelinha”, nenhum MAC, menopausa, histerectomia.

3.5.5 Outras variáveis

Foram, ainda, estudadas as variáveis categoria de exposição ao HIV e circunstância em que se deu o diagnóstico da infecção pelo HIV/aids.

No estudo dos fatores associados à vaginose bacteriana, candidose vaginal, tricomoníase, infecção pela *C. trachomatis*, infecção pelo HPV, lesão intraepitelial cervical de alto e baixo grau, escolaridade menor que oito anos, autopercepção de risco e uso consistente do preservativo, cada uma delas foi empregada como variável dependente, exceto, quando não era o desfecho, pois, neste caso, foram consideradas independentes. As variáveis sociodemográficas, clínico-laboratoriais, comportamentais e relativas à reprodução, também, foram consideradas como variáveis independentes.

3.6 COLETA DOS DADOS

As pacientes foram convidadas a participar da pesquisa no momento do comparecimento às consultas com a equipe multidisciplinar e/ou na coleta de material para exames laboratoriais e/ou para retirada de medicação na farmácia.

Os dados sociodemográficos, comportamentais e clínicos foram obtidos por entrevista, utilizando-se instrumento composto por questões abertas e fechadas, baseado em formulários para consultas de enfermagem e aconselhamento em DST/aids propostos pelo Ministério da Saúde, bem como na experiência da pesquisadora na atenção à Saúde da Mulher. Este instrumento foi, previamente, submetido à avaliação de especialistas na área de infectologia e DST, bem como testado com uma paciente do SAE-HD que concordou com sua participação, apenas nesta etapa da pesquisa. (Anexo I).

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, em média em 45 minutos, no Serviço, resguardando-se as devidas condições de privacidade e conforto para as participantes.

Para avaliação das alterações da microbiota vaginal, DST e lesões precursoras e/ou neoplásicas do colo do útero, foi realizado exame ginecológico, também, pela pesquisadora, com coleta de conteúdo vaginal e secreção cervical para exames laboratoriais. O exame ginecológico e coleta das amostras biológicas foram realizados respeitando-se as seguintes condições: abstinência sexual ou de procedimentos vaginais (toque digital, ultrassonografia transvaginal) de no mínimo 72 horas, término da menstruação há pelo menos cinco dias e uso de antibioticoterapia no período superior a 30 dias, à exceção do sulfametoxazol e trimetoprim associados aos antirretrovirais, utilizado de forma profilática para pneumocistose e toxoplasmose cerebral, em pacientes com contagem de células T CD4+ menor que 200 /mm³.

O exame ginecológico envolveu os seguintes procedimentos:

1. Inspeção dos genitais externos para detecção de lesões vulvares e perianais;
2. Afastamento das paredes vaginais, com espelho bivalvo de Collins, isento de lubrificante para inspeção das mesmas, bem como do colo uterino;
3. Aferição do pH vaginal utilizando-se o papel indicador Merck 4-7;
4. Coleta de amostras do terço médio da parede vaginal e do canal cervical ou fundo de saco vaginal posterior e lateral, com *swab* e *cytobrush*, para pesquisa da microbiota vaginal e de infecções do trato genital inferior;
5. Realização do *Whiff test* utilizando hidróxido de potássio a 10%;
6. Coleta de espécime de fundo de saco vaginal e ectocérvice com espátula de Ayre e do endocérvice com *cytobrush*, para citologia oncológica triplíce;
7. Realização do teste de *Schiller* e do toque vaginal combinado.

As lâminas para coloração pelo método de Gram foram armazenadas em temperatura ambiente. As amostras do conteúdo vaginal para pesquisa de *T. vaginalis* foram inoculadas em meio líquido de Diamond imediatamente após a coleta e mantidas à

temperatura de 37°C até transferência para estufa bacteriológica à mesma temperatura. As amostras para pesquisa de *N. gonorrhoeae* foram semeadas imediatamente após a coleta em meio de *Thayer Martin* e transferidas para jarra de anaerobiose, até incubação, nas mesmas condições, em estufa bacteriológica. A fim de se conservarem as amostras de secreção cervical para pesquisa de *C. trachomatis* e HPV, estas foram mantidas sob temperatura a -20°C até o seu processamento.

As amostras do conteúdo vaginal para exame microscópico corado pelo método de Gram, cultura de *T. vaginalis* e *N. gonorrhoeae*, bem como de secreção cervical para pesquisa de *C. trachomatis* e de HPV, pela reação em cadeia da polimerase (PCR) foram encaminhadas para o Laboratório de Imunopatologia da Relação Materno-Fetal e os esfregaços cervicovaginais para o exame citológico convencional foram encaminhados para o laboratório de Citologia, ambos do Departamento de Patologia da FMB-UNESP.

A genotipagem do HPV foi realizada no Instituto Ludwig de Pesquisas sobre o Câncer, em São Paulo, SP.

As sorologias para sífilis foram realizadas no Laboratório de Análises Clínicas do Hospital das Clínicas da FMB-UNESP.

A contagem de linfócitos T CD4+ e a determinação da carga viral plasmática do HIV foram realizadas na rotina do atendimento de pacientes com infecção pelo HIV ou aids, pelo Hemocentro de Botucatu, também, da FMB-UNESP.

3.7 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DAS ALTERAÇÕES DA MICROBIOTA VAGINAL E INFECCÕES GENITAIS

3.7.1 Flora I

A normalidade da microbiota vaginal foi diagnosticada pela observação de predomínio de *Lactobacillus* ao exame microscópico do conteúdo vaginal, corado pelo método de Gram, na ausência ou na presença de raros leucócitos e na ausência de elementos micóticos e de *T. vaginalis*.

3.7.2 Candidose vaginal

A candidose vaginal foi diagnosticada pela visualização de blastoconídeos e/ou pseudo-hifas ao exame microscópico do conteúdo vaginal no esfregaço corado pelo método de Gram.

3.7.3 Vaginose bacteriana

O diagnóstico da vaginose bacteriana foi realizado pelos critérios estabelecidos por Nugent et al.⁶³, baseado na morfologia e coloração dos microrganismos observados e suas respectivas quantidades.

3.7.4 Flora II

Foram consideradas portadoras dessa alteração da microbiota, as mulheres cujo exame microscópico do conteúdo vaginal, corado pelo método de Gram, evidenciou redução da quantidade de bacilos de Doderlein menor ou igual a 1+/4+ e um misto de morfotipos bacterianos e ausência de agente etiológico específico⁶³.

3.7.5 Vaginite aeróbia

O diagnóstico de vaginite aeróbia foi dado pelo exame microscópico do conteúdo vaginal a fresco, segundo critérios descritos por Donders et al³⁴.

3.7.6 Tricomoníase

A pesquisa do protozoário *T. vaginalis* foi realizada por cultura, após inoculação do conteúdo vaginal em meio líquido de Diamond, seguida de incubação por 72 horas a temperatura de 37° C.

3.7.7 Pesquisa de HPV

Foi considerado positivo para o HPV, quando amostra procedente de raspagem de canal cervical ou fundo de saco vaginal posterior resultou positiva pela técnica de PCR.

- **Extração do DNA com solução CTAB**

No momento do processamento, após descongelamento do material, foram adicionados 50 µL de proteinase K em concentração final de 400 µg/µL. As amostras foram incubadas a 56°C *overnight* para a digestão do material e, após esse período, a proteinase K foi inativada por aquecimento a 96°C durante 7 minutos.

Após a digestão do material, foram adicionados 100 µL de solução de NaCl 5M. Em seguida, 100 µL da solução CTAB/NaCl pré-aquecida a 65°C foram adicionados, com posterior incubação por 10 minutos a 65°C. Após a incubação, foram acrescentados 750 µL de clorofórmio - álcool isoamílico 24:1 centrifugando, em seguida, por 5 minutos a 12.000 rpm, à temperatura ambiente. O sobrenadante foi, então, transferido para novo tubo, e adicionados 450 µL de etanol absoluto a - 20°C com posterior incubação por 10 minutos nessa mesma temperatura. Em seguida, o material foi, novamente, centrifugado por 15 minutos, 12.000 rpm à 4°C, o sobrenadante descartado e, acrescentados 450 µL de etanol a

70% à temperatura ambiente. Após centrifugação por 15 minutos, a 12.000 rpm a 4°C, as amostras foram colocadas em dessecador com sistema a vácuo (concentrador 5301-Eppendorf) por 30 minutos e, em seguida, ressuspensas em 50 µL de tampão TRIS/EDTA (TE) para posterior utilização na detecção do DNA viral através das técnicas de PCR e genotipagem por PCR *primers* específicos, seguida das técnicas de análise de restrição de fragmentos polimórficos (RFLP) e Linear Array HPV (Roche Molecular Diagnostics) para confirmação dos resultados.

- **Amplificação do Ácido Nucléico (PCR)**

Inicialmente, em sala de pré-PCR, previamente esterilizada por luz ultravioleta durante 15 minutos, foram preparados todos os *master mixes*, em volume final de 25 µL, composto por 2,5 µL de PCR Buffer 10x (Invitrogen); 2,0µL de MgCl₂; 0,5µL DNTP mix 20mM; 0,25µL de Taq DNA Polimerase (Platinum, Invitrogen); 1,25 µL de cada *primer* na concentração de 10 µM; 15,25 µL de água Milli-Q autoclavada (Milli Q Plus, Milipore) e 2 µL de cada amostra pesquisada. As incubações foram realizadas em termociclador *Eppendorf Mastercycle Personal*.

As amostras foram testadas para presença de HPV utilizando-se a técnica de *nested* PCR. Inicialmente 2 µL de cada amostra foram amplificados com os *primers* MY9/11⁶⁴. A segunda PCR consistiu na amplificação de 2 µL do produto da primeira PCR utilizando-se os *primers* GP5+/6+⁶⁵. A ciclagem para amplificação (GP5+/6+) seguiu as etapas: 95°C durante 45 segundos para a desnaturação, 47,7°C por 45 segundos para anelamento dos *primers* e 72°C durante 1 minuto para a amplificação, seguido por outros 44 ciclos idênticos ao descrito acima, finalizando com extensão de 7 minutos a 72°C e armazenamento das amostras a 4°C. Um controle negativo foi utilizado em todas as reações, no qual o ácido nucleico foi substituído por 2 µL de água Milli-Q. Um controle

positivo foi utilizado em todas as reações, usando DNA-HPV extraído de células HeLa, que são células de adenocarcinoma cervical.

- **Controle da extração de DNA**

A extração do DNA das amostras estudadas foi verificada pela amplificação do gene constitutivo da β -globina empregando-se os *primers* PCO4 e GH20⁶⁶ e os parâmetros previamente descritos. Para todas as análises foram consideradas apenas as amostras positivas para β -globina.

- **Visualização dos produtos amplificados**

Os produtos de PCR foram submetidos à eletroforese em gel de agarose 1,5% (Invitrogen) preparada em tampão Tris-Ácido Bórico-EDTA (TBE) 1X e corado com Gel RedTM (BioLabs). O tamanho dos produtos amplificados foram comparados com o padrão de 50 pb e 100 pb (GE Healthcare) e visualizados sob transiluminação ultravioleta.

- **Genotipagem do HPV**

Para a genotipagem dos HPV presentes nas amostras positivas para DNA-HPV, foram utilizadas as técnicas de PCR *primers* específicos, seguida das técnicas de RFLP e Linear Array HPV (Roche Molecular Diagnostics) para confirmação dos resultados. Os genótipos oncogênicos 16, 18 e 33 foram detectados pela amplificação com *primers* específicos conforme descrito anteriormente⁶⁷. Como controles positivos, foram utilizados plasmídeos contendo os clones correspondentes dos HPV. As reações foram realizadas em termociclador Eppendorf Mastercycle Personal. Para a confirmação pela técnica de RFLP, produtos de PCR de 450 pb foram digeridos com as enzimas de restrição: BamHI, Ddel, HaeIII, HinfI, PstI, RsaI e Sau3AI (BioLabs), de acordo com as instruções do fabricante. Os fragmentos digeridos foram detectados por eletroforese em gel de acrilamida 8% e corados com nitrato de prata⁶⁸. Os tipos identificados foram agrupados em espécies de acordo com Bernard et al.⁶⁹ (1994). Para a confirmação pela técnica Linear Array HPV

(Roche Molecular Diagnostics) que é capaz de detectar simultaneamente 27 genótipos (6, 11, 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 40, 42, 45, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 66, 68, 73, 82, 83 e 84), as amostras foram submetidas à amplificação com *primers* PGMY09/11⁷⁰ biotinilados. Posteriormente, procedeu-se à hibridização dos produtos amplificados com sondas específicas, fixadas em linhas paralelas, em fitas de membrana de *nylon* e a detecção dos produtos ligados à sonda foi realizada por determinação colorimétrica conforme instruções do fabricante.

3.7.8 Pesquisa de *Chlamydia trachomatis*

Para pesquisa de *C. trachomatis*, a extração do DNA foi idêntica à descrita para o HPV. Nas reações de PCR, foram utilizados tubos de microcentrífuga de 0,5 mL (Axigen) em volume total de 25 µL de *master mix*. Esse *master* foi composto de PCR *buffer* 10X (Invitrogen); 2 mM de MgCl₂, 0,8 mM de DNTP *mix*; 1 U de Taq DNA polimerase; 0,5mM de cada *primer*⁵⁷; 14µL de água Milli-Q autoclavada (Milli Q Plus, Milipore) e 2 µL da amostra de DNA. A incubação foi realizada em termociclador Mastercycle (Eppendorf) empregando-se os parâmetros de 95°C durante 1 minuto para desnaturação, 55°C durante 1 minuto para anelamento dos *primers* e 72°C por 1 minuto e 30 segundos para extensão, seguidos de mais 39 ciclos idênticos ao descrito. Em todas as reações realizadas, foi utilizado um controle negativo, pela substituição do ácido nucleico por água Milli-Q autoclavada.

3.7.9 Pesquisa de *Neisseria gonorrhoeae*

A pesquisa de *N. gonorrhoeae* foi realizada por cultura, após semeadura da secreção cervical em meio de Thayer Martin, seguida de incubação em jarra de anaerobiose, por 24 a 48 horas à temperatura de 37°C.

3.7.10 Pesquisa de sífilis

Para a pesquisa do *Treponema pallidum* foi realizado teste sorológico cardiolipínico do VDRL (Venereal Disease Research Laboratories) do laboratório Wiener Lab[®] (suspensão antigênica estabilizada para realizar a prova VDRL modificada – USR – de detecção de sífilis, segundo orientações do fabricante). A confirmação da infecção foi realizada por meio do teste quimioluminescência, pelo equipamento Architect Abbott.

Consideraram-se portadoras de sífilis aquelas mulheres que tiveram VDRL positivo, confirmado pelo teste treponêmico e que, após consulta às séries históricas dos resultados desta sorologia nos prontuários, certificou-se que este não representava cicatriz sorológica.

3.7.11 Citologia Oncótica Tríplice

Para análise das amostras, empregou-se a coloração de Papanicolaou e os resultados das citologias oncóticas seguiram a classificação de Bethesda⁶².

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

3.8.1 Análise estatística

Os dados foram codificados e lançados em uma planilha no programa Excell[®]. A consistência dos mesmos foi aferida pela conferência, na íntegra, da digitação dos 184 instrumentos e por comparação da distribuição de frequência entre variáveis associadas, com correção dos erros identificados.

O estudo descritivo das variáveis categóricas foi realizado pela distribuição frequencial, cujos resultados estão apresentados pelas frequências absoluta e relativa percentual. Para as variáveis numéricas quantitativas, utilizaram-se medidas de posição e variabilidade.

Para identificar os fatores associados às alterações de flora vaginal, DST, lesões precursoras do colo uterino, baixa escolaridade, autopercepção de risco e ao uso consistente do preservativo, foram feitas tabelas de contingência entre a variável dependente em questão e as demais variáveis independentes. As associações foram verificadas por meio do teste qui-quadrado ou exato de Fisher, quando necessário. As variáveis que apresentaram associação com a variável dependente, ao nível de 5% foram incluídas em modelo de regressão logística, a fim de se conhecer seu efeito independente na ocorrência dos agravos ou comportamentos em estudo. Foram determinadas as *Odds Ratio* (OR) e respectivos intervalos de confiança (IC95%) por regressão logística bivariada e multivariada para cada uma das variáveis independentes.

Em todos os testes, foi utilizado o nível de significância de 5% de probabilidade ou o p-valor correspondente.

Para a realização de todas as análises, empregou-se o programa *SAS for Windows*, versão 9.2.

3.8.2 Análise dos dados qualitativos

Para atingir o objetivo de descrever as experiências das mulheres com HIV/Aids, foi realizado estudo descritivo, de abordagem qualitativa, a partir dos depoimentos das participantes desta pesquisa, elaborados em respostas ao questionamento sobre a vida sexual após o conhecimento do diagnóstico da infecção pelo HIV. Os depoimentos foram registrados pela pesquisadora à medida que foram comunicados, procurando-se manter exatidão quanto à forma com que foram emitidos.

A análise dos dados foi realizada segundo os pressupostos da Análise de Conteúdo, que segundo Bardin⁷¹, consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicação realizado por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das

mensagens, para obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relacionados às condições de produção/recepção dessas mensagens. Para Minayo⁷²:

“...análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos...visa a ultrapassar o nível de senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou resultados de observação”. (p.303,308)

Ainda, segundo Minayo⁷², a Análise Temática se constitui em técnica apropriada para as investigações qualitativas em saúde.

Dentre as vertentes de Análise de Conteúdo, optou-se pela Análise Temática que, ao recortar, a partir do conteúdo das mensagens obtidas, as unidades de registro, permite descobrir os núcleos de sentido que compõem a investigação, cuja presença signifique o objeto analítico visado, por temas de análise⁷².

A trajetória da análise compreendeu as seguintes etapas⁷²:

1. Pré-análise dos dados: realizou-se leitura flutuante dos depoimentos, buscando-se uma visão de conjunto e, de acordo com os objetivos e questões do estudo, definiram-se as unidades de registro (palavra-chave ou frase) e os conceitos teóricos que orientaram a análise, constituiu-se o *corpus*, formularam-se e reformularam-se hipóteses e objetivos.
2. Exploração do material: consistiu na distribuição das unidades de registro em núcleos de sentido (expressões ou palavras significativas, em função das quais, o conteúdo de uma fala foi organizado), reagrupamento das partes do texto por temas, elaboração da redação por tema, procurando-se dar sentido, à luz dos conceitos teóricos que orientaram a análise.

3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: proposição de inferências e realização de interpretações, interrelacionando-as com os conceitos teóricos que orientaram a análise.

Esta análise, assim como a que discutiu o perfil das mulheres investigadas, teve por base o quadro teórico composto pela produção científica atual sobre HIV/aids, no que tange aos aspectos estudados e da vulnerabilidade.

3.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto desta pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB-UNESP, sob o número de protocolo 501/2007 e cumpre todos os pressupostos éticos de pesquisas realizadas com seres humanos, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 196 de 10/10/96. Todas as participantes deste estudo foram devidamente esclarecidas sobre os objetivos e forma de participação e, aquelas que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II).

Todas as mulheres que tiveram alterações na microbiota vaginal, infecções do trato genital e sífilis foram contatadas, orientadas e encaminhadas para o médico assistente do serviço para tratamento, assim como seus parceiros, quando indicado. Também foram seguidas pela pesquisadora, para controle de cura, empregando-se os mesmos métodos diagnósticos. Aquelas diagnosticadas com lesões precursoras do câncer cervical foram encaminhadas para ambulatório específico da disciplina de Ginecologia da FMB para tratamento e seguimento.

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

4.1.1 Perfil sociodemográfico e clínico-laboratorial

Dentre as 184 mulheres investigadas, predominaram aquelas que se encontravam na faixa etária de 30 a 59 anos (83,1%), brancas (71,7%), casadas ou em união estável (49,5%) e com baixo nível de escolaridade, demonstrado pelo percentual de mulheres com menos de oito anos de estudo (56,5%) (Tabela 1). A mediana de idade das pacientes foi de 40 anos (18 – 67 anos) e a de anos de estudo concluídos foi de 7,0 anos (0–17).

Ainda no contexto sociodemográfico, 37,5% das mulheres não realizavam atividade remunerada e 42,9% não tinham acesso à previdência social (Tabela 1). Dentre as 93 (50,5%) mulheres inseridas no mercado de trabalho, 76 (81,7%) estavam exercendo suas atividades profissionais no momento da inclusão no estudo e 17 (18,3%) encontravam-se afastadas por morbidades associadas à aids. As ocupações predominantes foram aquelas relacionadas à prestação de serviços (55,3%), sendo que, 18 mulheres (23,7%) realizavam serviços domésticos, 13 (17,1%) serviços gerais e 11 (14,5%) outros tipos de serviços. Outras ocupações relacionavam-se ao setor rural (11,8%), comércio (11,8%), indústria (6,6%), saúde (5,3%) e educação (5,3%). Apenas três mulheres (3,9%) declararam ser profissionais liberais.

As mulheres investigadas procediam de 45 municípios do interior do Estado de São Paulo. Quanto às classes de tamanho da população dos municípios, 94 (51,1%) residiam em municípios de grande porte, 77 (41,8%) de pequeno porte e 13 (7,1%) de médio porte⁷³.

A maioria delas (82,1%) era de municípios para os quais o SAE – HD é referência para o atendimento do HIV/aids, ou seja, localizava-se na área de abrangência do DRS VI – Bauru (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das 184 mulheres infectadas pelo HIV/aids, segundo variáveis sociodemográficas. Botucatu, 2008 - 2010.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
18 – 19	1	0,5
20 – 24	2	1,0
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
Cor da pele		
Branca	132	71,7
Parda	27	14,7
Preta	25	13,6
Estado civil		
Casada/união estável	91	49,5
Separadas/divorciadas/viúvas	57	31,0
Solteiras	36	19,5
Anos de estudo concluídos		
Nenhum	8	4,3
1 a 3	21	11,4
4 a 7	75	40,8
8 a 11	62	33,7
≥ 12 anos	18	9,8
Atividade remunerada		
Sim	93	50,5
Não	69	37,5
Aposentadas	22	12,0
Acesso à previdência social		
Sim	105	57,1
Não	79	42,9
Procedência		
DRS VI – Bauru	151	82,1
DRS XVI – Sorocaba	27	14,7
Outros DRS	6	3,2
Total	184	100,0

DRS: Departamento Regional de Saúde

Em relação aos fatores associados à baixa escolaridade, não houve diferença entre as mulheres investigadas, em relação à idade, estado civil, número de parceiros ao longo da vida e nos últimos 12 meses e tamanho da população do município de

procedência. Houve maior prevalência de baixa escolaridade entre as mulheres pretas e pardas (69,2% vs. 51,5%, $\chi^2=4,764$, $p=0,029$). A análise bivariada, realizada por regressão logística, indicou que as mulheres pretas e pardas tiveram duplicada a probabilidade de ter baixa escolaridade [OR=2,12(IC95%:1,07 – 4,18); $p= 0,031$] em relação às mulheres brancas.

A análise do perfil clínico-laboratorial relativo à infecção pelo HIV demonstrou que a mediana do tempo de diagnóstico da soropositividade para HIV foi de oito anos (1 semana-23 anos), sendo que 30,4% (56/184) das mulheres tinham 10 anos ou mais e 79,9% (147/184) faziam uso de terapia antirretroviral (Tabela 2).

A mediana das contagens de linfócitos T CD4+ foi de 488 células/mm³ (4-1.678), sendo que 67,9% (125/184) apresentavam contagem de células T CD4+ acima de 350/mm³ e 55,4% (102/184) carga viral plasmática do HIV indetectável (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das 184 mulheres infectadas pelo HIV/aids, segundo aspectos clínico-laboratoriais selecionados, relacionados à infecção pelo HIV. Botucatu, 2008 - 2010.

Variáveis	N	%
Tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV		
< 1	19	10,3
1 a 5	45	24,5
6 a 10	64	34,8
> 10	56	30,4
Uso de TARV*		
Sim	147	79,9
Não	37	20,1
Contagem de linfócitos T CD4+/mm³		
< 200	33	17,9
200 a 350	26	14,1
> 350	125	67,9
Carga viral do HIV (cópias/mL)		
Indetectável	102	55,4
51 – 99.999 cópias	72	39,1
≥ 100.000 cópias	10	5,4
Total	184	100,0

*TARV: terapia antirretroviral.

Carga viral indetectável: < 50 cópias de RNA do HIV/ml de plasma.

4.1.2 Perfil relativo a aspectos da sexualidade e reprodução

Com relação à orientação sexual, a grande maioria das mulheres investigadas (97,8%) declarou ser heterossexual e quatro (2,2%), bissexual.

A mediana de idade, à primeira relação sexual, foi de 17 anos (9-38). Predominaram as mulheres (45,0%) com idade à coitarca ente 15 e 17 anos, embora, 36 (19,8%) a tiveram com 14 anos ou menos (Tabela 3).

A maioria (65,8%) das mulheres investigadas relatou parceria sexual fixa, assim como, ter tido cinco ou mais parceiros sexuais ao longo da vida (59,2%) (Tabela 3). A mediana do número de parceiros sexuais em toda vida foi de cinco (1-100), excetuando-se as 19 (10,3%) mulheres que referiram ter praticado sexo em troca de dinheiro ou drogas em algum momento da vida.

Nos doze meses que antecederam à inclusão no estudo, a maioria das mulheres (62,5%) declarou parceria sexual única e apenas sete (3,8%), cinco ou mais parceiros, sendo que destas, cinco praticavam sexo por dinheiro ou drogas (Tabela 3). Excetuando-se estas cinco mulheres, a mediana do número de parceiros sexuais, no último ano, foi de um parceiro (0-20).

A maioria das mulheres investigadas (63,5%) referiu parceria única e 59 (32,1%) não ter tido atividade sexual nos últimos três meses que antecederam à inclusão no estudo (Tabela 3). A mediana do número de parceiros sexuais neste período foi de um parceiro (0 - 3), excetuando-se as quatro mulheres que declararam praticar sexo por dinheiro ou drogas (2,2%).

Quanto ao *status* sorológico do parceiro em relação ao HIV, 57 (31,0%) mulheres referiram que seus parceiros eram soropositivos e 19 (10,3%) não ter parceria fixa no momento da entrevista. A prática de sexo em troca de dinheiro ou drogas, em algum momento da vida, foi relatada por 19 mulheres (10,3%) (Tabela 3).

Considerando-se aspectos relativos à reprodução, 77,7% (143/184) das mulheres investigadas encontravam-se na menacme e 90,7% delas declararam ter filhos (Tabela 3), em média 2,6 ($sd = 1,8$).

Tabela 3. Distribuição das 184 mulheres infectadas pelo HIV/aids, segundo aspectos relativos à sexualidade e reprodução. Botucatu, 2008 – 2010.

Variáveis	N	%
Idade da Coitarca*		
≤ 14	36	19,8
15 a 17	82	45,0
≥ 18	64	35,2
Nº. de parceiros sexuais na vida		
1	13	7,1
2 – 4	62	33,7
5 – 10	52	28,3
> 10	57	30,9
Nº. de parceiros sexuais nos últimos 12 meses		
0	44	23,9
1	115	62,5
2 – 4	18	9,8
≥ 5	7	3,8
Nº. parceiros sexuais nos últimos três meses		
0	59	32,1
1	117	63,5
2 – 3	4	2,2
≥ 4	4	2,2
Concordância sorológica do parceiro		
Sim	57	31,0
Não	53	28,8
Ignorada	11	6,0
Parceria eventual	19	10,3
Sem atividade sexual	44	23,9
Prática sexual em troca de dinheiro/drogas**		
Não	165	89,7
Sim	19	10,3
Fase da vida reprodutiva		
Menacme	143	77,7
Pós-Menopausa	41	22,3
Paridade		
Nenhum filho	17	9,2
1 filho	32	17,4
2 filhos	46	25,0
3 filhos	42	22,8
≥ 4 filhos	47	25,5
Total	184	100,0

*Duas mulheres foram excluídas da análise porque não se recordavam, ** em algum momento da vida.

4.1.3 Perfil relativo ao consumo de substâncias

Considerando-se o perfil das mulheres investigadas, segundo o consumo de substâncias nos doze meses que antecederam a inclusão no estudo, 20 (10,9%) utilizavam pelo menos uma droga, excluindo-se o álcool e o tabaco. Uso de maconha foi relatado por 8,2% das mulheres, cocaína inalatória por 3,3% e *crack* por 7,1%. Houve relatos de uso combinado dessas drogas.

Uso diário ou mais de uma vez na semana de álcool foi relatado por 12,5%, sendo que do total das mulheres estudadas, 42,9% eram tabagistas (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição das 184 mulheres infectadas pelo HIV/aids, segundo consumo de substâncias. Botucatu, 2008 - 2010.

Variáveis	N	%
Uso de maconha		
Sim	15	8,2
Não	169	91,8
Uso de cocaína inalatória		
Sim	6	3,3
Não	178	97,7
Uso de crack		
Sim	13	7,1
Não	171	92,9
Uso de álcool		
Diário	12	6,5
1X/semana	15	8,2
2 a 3 X/semana	11	6,0
Eventual	53	28,8
Não usa	93	50,5
Uso de tabaco		
Não	84	45,6
Sim	79	42,9
Ex-tabagista	21	11,4
Total	184	100,0

4.2 CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO AO HIV E CONDIÇÃO DE DIAGNÓSTICO

Com relação à categoria de exposição ao HIV, a grande maioria das mulheres (94,0%) referiu a via sexual como forma de infecção, quatro (2,2%) a via sanguínea e sete (3,8%) referiram ignorar a forma pela qual foram infectadas (Tabela 5).

Dentre as 173 mulheres que referiram a via sexual como categoria de exposição ao HIV, 155 (84,2%) foram contaminadas por seus parceiros ou ex-parceiros fixos. As principais formas relatadas de infecção dos parceiros foram relações sexuais com múltiplas parceiras (38,6%) e uso de droga injetável (UDI) (18,5%). Desconheciam a forma de infecção do parceiro, 29 (15,8%) mulheres (Tabela 5).

As nove (4,9%) mulheres que referiram comportamento bissexual dos seus parceiros, relataram ter tido este conhecimento após o resultado da sorologia para o HIV ou diagnóstico de aids deles ou dela própria.

Tabela 5. Distribuição das 184 mulheres infectadas pelo HIV/aids, segundo categoria de exposição. Botucatu, 2008 - 2010.

Categoria de exposição	N	%
Sexual		
Parceiro relacionava-se com múltiplas parceiras	71	38,6
Parceiro UDI	34	18,5
Parceiro com risco desconhecido	29	15,8
Relação com múltiplos parceiros	18	9,8
Parceiro UDI + relação com múltiplas parceiras	11	5,9
Parceiro bissexual	7	3,8
Parceiro UDI + bissexual	2	1,1
Parceiro hemofílico	1	0,5
Sanguínea		
UDI	2	1,1
Transusão	2	1,1
Ignorada	7	3,8
Total	184	100,0

UDI: usuário de droga injetável

A investigação sobre as circunstâncias em que ocorreu o diagnóstico da infecção pelo HIV ou aids mostrou que a maioria das mulheres foi testada a partir do seu próprio adoecimento (27,2%) ou do seu parceiro (26,6%). Trinta e sete (20,1%) foram testadas na rotina do pré-natal, 15 (8,1%) por meio de solicitação de profissionais de saúde, quer pelo fato do teste integrar protocolos de rotina, como no tratamento de esterilidade, internação em hospital psiquiátrico, atendimento à mulher em situação de violência sexual, quer pela percepção de risco do profissional. Apenas 15 (8,1%) mulheres foram testadas a partir da

autopercepção de risco, cinco (2,6%) por meio da doação de sangue e duas (1,1%), no momento do parto ou da assistência ao aborto.

As situações referidas pelas mulheres como desencadeadoras da percepção de risco para a infecção pelo HIV ou da doença que as impeliu para a busca da testagem sorológica foram: ter conhecimento de que o ex-parceiro estava infectado pelo vírus e/ou havia morrido de aids, ou que havia utilizado e/ou utilizava droga injetável, adoecimento de pessoa com quem compartilhou droga injetável, multiplicidade de parceiros, associação da sua própria sintomatologia ou de seu parceiro à aids.

Quanto à investigação dos fatores associados à autopercepção de risco, embora a multiplicidade de parceiros tenha sido referida como circunstância que favoreceu a testagem para o HIV, as variáveis que demonstram essa condição - número de parceiro sexuais ao longo da vida e nos últimos 12 meses - não apresentaram significância estatística. Assim como, também, não se observaram diferenças entre as mulheres que se autoperceberam em risco para a infecção pelo HIV ou não, quanto à idade, nível de escolaridade, estado civil, história anterior de DST e utilização de algum tipo de droga, que não o álcool e tabaco.

4.3 PREVALÊNCIAS DE ALTERAÇÕES DA MICROBIOTA VAGINAL E FATORES ASSOCIADOS À VAGINOSE BACTERIANA E CANDIDOSE VAGINAL

Fizeram parte desta análise 116 mulheres que apresentavam condições ideais para o estudo do padrão da microbiota vaginal. A maioria delas (51,8%) apresentou microbiota vaginal alterada, sendo a de maior prevalência, a vaginose bacteriana (39,6%), seguida de flora vaginal intermediária (5,2%). A prevalência de candidose vaginal foi de 10,3%, sendo que nestas mulheres, a flora vaginal se manteve normal (flora I) em 58,3% (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição de 116 mulheres infectadas pelo HIV/aids, segundo padrão da microbiota vaginal. Botucatu, 2008 - 2010.

Padrão da Microbiota Vaginal	N	%
Flora I	49	42,2
Vaginose Bacteriana	41	35,3
Flora intermediária	6	5,2
Vaginite aeróbia	2	1,8
Flora I + candidose	7	6,0
Vaginose bacteriana + candidose	5	4,3
Outras alterações da microbiota	6	5,2
Total	116	100,0

As características sociodemográficas e comportamentais das 116 mulheres em relação à presença ou ausência de vaginose bacteriana estão apresentadas na Tabela 7.

De acordo com as variáveis sociodemográficas, as mulheres com vaginose bacteriana e sem esta condição não diferiram quanto à faixa etária, cor da pele e estado civil. Observou-se maior prevalência de vaginose bacteriana entre aquelas com oito ou mais anos de estudo, em relação às de menor escolaridade (49,1% vs 31,1%, $\chi^2 = 3,891$; $p = 0,048$). Aplicando-se a análise bivariada, não se observou diferença [OR=0,47 (IC95%:0,22 – 1,00); $p = 0,05$].

Considerando-se as variáveis comportamentais investigadas, não houve diferença entre as mulheres com ou sem vaginose bacteriana, quanto à prática sexo oral quando a mulher era receptiva, prática de sexo anal, número de parceiros nos últimos três meses, frequência de relações sexuais, uso consistente do preservativo e uso de ducha vaginal.

Tabela 7. Associação entre vaginose bacteriana e variáveis demográficas e comportamentais de 116 mulheres vivendo com HIV/AIDS. Botucatu, 2008-2010.

Variáveis	Vaginose bacteriana				Total		P valor [#]	OR (IC 95%)
	Sim		Não		N	%		
	N	%	N	%				
Faixa etária								
< 30 anos	12	60,0	8	40,0	20	17,3	0,401	1,50(0,08 – 27,61)
30 a 49 anos	33	35,1	61	64,9	94	81,0	0,291	0,54(0,03 – 8,93)
≥ 50 anos	1	50,0	1	50,0	2	1,7	-	1,0
Cor da pele								
Preta/parda	14	43,7	18	56,3	32	27,6	0,578	1,26(0,55 – 2,89)
Branca	32	38,1	52	61,9	84	72,4	-	1,0
Estado civil								
Solteiras/separadas/viúvas	21	43,7	27	56,3	48	41,4	0,449	1,34(0,63 – 2,84)
Casadas/união estável	25	36,8	43	63,2	68	58,6	-	1,0
< 8 anos de estudo								
Sim	19	31,1	42	68,9	61	52,6	0,050	0,47 (0,22 – 1,00)
Não	27	49,1	28	50,9	55	47,4	-	1,0
PSOM* (n=115)								
Sim	11	57,9	8	42,1	19	16,6	0,532	0,77(0,33 – 1,77)
Não	35	36,5	61	63,5	96	83,4	-	1,0
Prática sexo anal* (n=115)								
Sim	7	53,8	6	46,2	13	11,3	0,438	0,67(0,28 – 1,73)
Não	39	38,2	63	61,8	102	88,7	-	1,0
Parceiros últimos 3 meses								
Nenhum	6	26,1	17	73,9	23	19,8	0,115	0,18(0,01 – 2,32)
1	38	42,2	52	57,8	90	77,6	0,840	0,36(0,03 – 4,18)
≥2	2	66,7	1	33,3	3	2,6	-	1,0
Relações sexuais ** (n=93)								
2-7 vezes/semana	21	50,0	21	50,0	42	45,2	0,106	2,0(0,86 – 4,63)
1 vez/semana ou menos	17	33,3	34	66,7	51	54,8	-	1,0
Preservativo*** (n=99)								
Uso inconsistente	19	43,2	25	56,8	44	44,5	0,749	1,14(0,51 – 2,55)
Uso consistente	22	40,0	33	60,0	55	55,5	-	1,0
Ducha vaginal								
Sim	18	40,0	27	60,0	45	38,8	0,952	1,02(0,48 – 2,20)
Não	28	39,4	43	60,6	71	61,2	-	1,0

*Excluiu-se uma mulher que não respondeu; ** excluíram-se 17 mulheres sem atividade sexual nos últimos seis meses e seis que não responderam, *** excluíram-se 17 mulheres sem atividade sexual nos últimos seis meses. PSOM = prática sexo oral quando a mulher é receptiva.

Análise Bivariada.

Os resultados das análises que investigaram a relação entre variáveis clínico-laboratoriais e vaginose bacteriana estão apresentados na Tabela 8.

Com relação às queixas ginecológicas, as mulheres que referiram corrimento vaginal e mau odor genital apresentaram maior prevalência de vaginose bacteriana, quando comparadas às que não apresentavam essas queixas: 47,5% vs 22,2%, $\chi^2=6,629$, $p=0,010$; 57,5% vs 27,5%, $\chi^2=10,452$, $p=0,001$, respectivamente, mais do que triplicando a

probabilidade deste agravo [OR=3,17(1,29–7,79); p=0,012, OR=3,55(1,62–7,77); p=0,001, respectivamente].

Os achados do exame ginecológico, tais como, pH > 4,5 (51,8% vs 11,4%, $\chi^2 = 16,688$ p<0,0001), prova das aminas positiva (78,8% vs 7,8%, $\chi^2 = 60,494$, p<0,0001) e presença de conteúdo vaginal (45,7% vs 13,6%, p=0,007 pelo teste exato de Fisher) associaram-se positivamente com vaginose bacteriana. A chance de ter vaginose bacteriana entre as mulheres com pH acima de 4,5 foi oito vezes maior do que entre aquelas com valores de pH inferiores [OR=8,35(2,70 – 25,81); p=0,002], 44 vezes maior entre aquelas com prova das aminas positiva, em relação àquelas com esta prova negativa [OR=43,98(14,21 – 136,11); p<0,001] e cinco vezes maior entre as que apresentaram conteúdo, à inspeção vaginal, em relação às que não o apresentavam [OR=5,34 (1,48 – 19,26); p=0,010].

O *status* da contagem de linfócitos TCD4+, assim como, o uso de antirretrovirais não influenciaram a ocorrência da vaginose bacteriana.

Tabela 8. Associação entre vaginose bacteriana e variáveis clínicas e laboratoriais de 116 mulheres vivendo com HIV/AIDS. Botucatu, 2008-2010.

Variáveis	Vaginose bacteriana				Total		P valor#	OR (IC 95%)
	Sim		Não		N	%		
	N	%	N	%				
Queixa de corrimento vaginal								
Sim	38	47,5	42	52,5	80	69,0	0,012	3,17(1,29 – 7,79)
Não	8	22,2	28	77,8	36	31,0	-	1,0
Queixa de mau odor genital								
Sim	27	57,5	20	42,5	47	40,5	0,001	3,55(1,62 – 7,77)
Não	19	27,5	50	72,5	69	59,5	-	1,0
pH > 4,5								
Sim	42	51,8	39	48,2	81	69,8	0,002	8,35(2,70 – 25,81)
Não	4	11,4	31	88,6	35	30,2	-	1,0
Teste das aminas								
Positivo	41	78,8	11	21,2	52	44,8	<0,001	43,98(14,21 – 136,11)
Negativo	5	7,8	59	92,2	64	55,2	-	1,0
Conteúdo vaginal								
Sim	43	45,7	51	54,3	94	81,0	0,010	5,34 (1,48 – 19,26)
Não	3	13,6	19	86,4	22	19,0	-	1,0
Uso de TARV								
Não	11	40,7	16	59,3	27	23,3	0,895	1,06(0,44 – 2,55)
Sim	35	39,3	54	60,7	89	76,7	-	1,0
Linfócitos T CD4+/mm³								
< 200	3	60,0	2	40,0	5	4,3	0,295	2,25(0,36 – 14,10)
200 a 350	5	31,3	11	68,7	16	13,8	0,270	0,68 (0,22 – 2,12)
> 350	38	40,0	57	60,0	95	81,9	-	1,0

TARV = terapia antirretroviral.

Análise Bivariada.

A análise multivariada apontou a prova das aminas positiva como importante fator associado à vaginose bacteriana, aumentando em 36 vezes a chance desta condição (OR= 36,12; IC 95%:9,87–132,21; p<0,001), assim como o pH vaginal > 4,5 (OR=5,40; IC 95%:1,22–23,96, p=0,026) aumentando em 5,4 vezes. As variáveis escolaridade, queixa de corrimento, queixa de mau odor genital e presença de conteúdo vaginal ao exame especular não apresentaram significância estatística (Tabela 9).

Tabela 9. Resultados das análises de regressão logística bivariada e multivariada entre variáveis selecionadas e presença de vaginose bacteriana. Botucatu, 2008 - 2010.

Variáveis	Análise Bivariada			Análise Multivariada		
	OR	IC 95%	P	OR	IC 95%	p
< 8 anos de estudo						
Não	1	-	-	1	-	-
Sim	0,47	0,22 – 1,00	0,050	0,30	0,08 – 1,13	0,074
Queixa de corrimento vaginal						
Não	1	-	-	1	-	-
Sim	3,17	1,29 – 7,79	0,012	3,26	0,61 – 17,52	0,168
Queixa de mau odor genital						
Não	1	-	-	1	-	-
Sim	3,55	1,62 – 7,77	0,001	1,30	0,32 – 5,20	0,711
pH > 4,5						
Não	1	-	-	1	-	-
Sim	8,35	2,70 – 25,81	0,002	5,40	1,22 – 23,96	0,026
Prova das aminas						
Negativa	1	-	-	1	-	-
Positiva	43,98	14,21 – 136, 11	<0,001	36,12	9,87 – 132,21	<0,001
Conteúdo vaginal						
Não	1	-	-	1	-	-
Sim	5,34	1,48 – 19,26	0,010	6,0	0,97 – 36,95	0,054

Com relação aos fatores associados à candidose vaginal, as características sociodemográficas, comportamentais, clínicas e laboratoriais e os resultados das análises bivariadas entre estas e presença ou ausência deste agravo estão apresentados na Tabela 10.

Quanto às características sociodemográficas, identificou-se que as mulheres que apresentavam candidose vaginal não diferiram daquelas que não tinham essa condição quanto à faixa etária, cor da pele, estado civil e nível de escolaridade.

Da mesma forma, também não foram identificadas diferenças com relação às variáveis comportamentais estudadas: número de parceiros nos últimos três meses, prática de sexo oral quando a mulher é receptiva, sexo anal, frequência de relações sexuais e uso consistente/inconsistente do preservativo.

Dentre as mulheres com diagnóstico de candidose vaginal, todas relataram queixa de corrimento vaginal. Houve maior taxa de candidose vaginal entre as mulheres que referiram prurido genital, em comparação às que não tinham esse sintoma (28,1% vs 3,6%,

p=0,0004, pelo teste exato de Fisher), com aumento em mais de dez vezes a probabilidade de candidose entre as primeiras [OR=10,56(IC95%:2,64–42,26); p= 0,009].

Em relação à inspeção vulvar, identificou-se que as mulheres que apresentavam eritema e/ou edema e/ou escoriação na vulva tiveram maior prevalência de candidose do que aquelas sem esses sinais (50,0% vs 3,6%, $\chi^2 = 26,995$, p<0,0001). Essas alterações aumentaram em 19 vezes a chance de as mulheres terem candidose vaginal [OR=19,40(4,88 – 77,14); p<0,001].

Considerando-se o exame especular, não houve diferença entre a observação de conteúdo vaginal dentre as mulheres com e sem candidose.

As variáveis uso de terapia antirretroviral e contagem de linfócitos T CD4+ não se associaram à candidose vaginal.

Tabela 10. Associação entre candidose vaginal e variáveis sociodemográficas, comportamentais, clínicas e laboratoriais de 116 mulheres vivendo com HIV/AIDS. Botucatu, 2008-2010.

Variáveis	Candidose vaginal				Total		P Valor#	OR (IC 95%)
	Sim		Não		N	%		
	N	%	N	%				
Faixa etária								
< 30 anos	2	10,0	18	90,0	20	17,2	0,984	-
30 a 49 anos	10	10,6	84	89,4	94	81,1	0,984	-
≥ 50 anos	0	0,0	2	100,0	2	1,7	-	1,0
Cor da pele								
Preta/parda	2	6,3	30	93,7	32	27,6	0,380	0,49(0,10 – 2,39)
Branca	10	11,9	74	88,1	84	72,4	-	1,0
Estado civil								
Solteiras/separadas/viúvas	8	16,7	40	83,3	48	41,4	0,071	3,20(0,90 – 11,32)
Casadas/união estável	4	5,9	64	94,1	68	58,6	-	1,0
< 8 anos de estudo								
Sim	8	13,1	53	86,9	61	52,6	0,309	1,92(0,55 – 6,79)
Não	4	7,3	51	92,7	55	47,4	-	1,0
Parceiros últimos 3 meses								
Nenhum	3	13,0	20	87,0	23	19,8	0,979	-
1	9	10,0	81	90,0	90	77,6	0,981	-
2-3	0	0,0	3	10,0	3	10,0	-	1,0
PSOMR* (n=98)								
Sim	3	8,1	34	91,9	37	37,8	0,774	0,81(0,19 – 3,45)
Não	6	9,8	55	90,2	61	62,2	-	1,0
Prática sexo anal* (n=98)								
Sim	2	7,1	26	92,9	28	28,6	0,660	0,69(0,13 – 3,56)
Não	7	10,0	63	90,0	70	71,4	-	1,0
Relações sexuais ** (n=93)								
Diariamente	1	8,3	11	91,7	12	12,9	0,933	0,35(0,04-3,26)
2-4 vezes/semana	0	0,0	30	100,0	30	32,3	0,965	-
1vez/semana	0	0,0	22	100,0	22	23,6	0,969	-
Eventualmente	6	20,7	23	79,3	29	31,2	-	1,0
Preservativo*** (n=99)								
Uso inconsistente	4	9,1	40	90,1	44	44,4	-	1,0
Uso consistente	5	9,1	50	90,1	55	55,6	1,00	1,0(0,25 – 3,97)
Queixa de corrimento								
Sim	12	15,0	68	85,0	80	69,0	0,953	-
Não	0	0,0	36	100,0	36	31,0	-	1,0
Queixa de prurido genital								
Sim	9	28,1	23	71,9	32	27,6	0,009	10,56(2,64 – 42,26)
Não	3	3,6	81	96,4	84	72,4	-	1,0
Eritema/edema/esc na vulva								
Sim	7	50,0	7	50,0	14	12,1	<0,001	19,40(4,88 – 77,14)
Não	5	4,9	97	95,1	102	87,9	-	1,0
Conteúdo vaginal								
Sim	9	9,6	85	90,4	94	81,0	0,575	0,67 (0,17 – 2,71)
Não	3	13,6	19	86,4	22	19,0	-	1,0
Uso de TARV								
Não	2	7,4	25	92,6	27	23,3	0,570	0,63 (0,13 – 3,08)
Sim	10	11,2	79	88,8	89	76,7	-	1,0
Linfócitos TCD4+/mm³								
< 200	0	0,0	5	100,0	5	4,3	0,961	-
200 a 350	3	18,7	13	81,3	16	13,8	0,956	2,20(0,53 – 9,22)
> 350	9	9,5	86	90,5	95	81,9	-	1,0

*Excluiu-se 17 mulheres sem atividade sexual nos últimos seis meses e uma que não respondeu, ** exclui-se 17 mulheres sem atividade sexual nos últimos seis meses e seis que não responderam *** exclui-se 17 mulheres sem atividade sexual nos últimos seis meses. PSOM = prática sexo oral quando a mulher é receptiva, TARV = terapia antirretroviral. Esc= escoriação. # Análise Bivariada.

Quando da análise multivariada, a presença de eritema e/ou edema e/ou escoriação na vulva manteve-se como importante variável associada à candidose [OR=11,95 (IC 95%:2,72 –52,52), (p=0,001)], assim como, queixa de prurido genital [OR=6,47 (IC 95%:1,44–29,07), (p=0,015)] (Tabela 11).

Tabela 11. Resultados das análises de regressão logística bivariada e multivariada entre variáveis selecionadas e presença de candidose vaginal. Botucatu, 2008 - 2010.

Variáveis	Análise Bivariada			Análise Multivariada		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Queixa de prurido genital						
Não	1	-	-	1	-	-
Sim	10,56	2,64 – 42,26	0,009	6,47	1,44 – 29,07	0,015
Eritema/edema/ escoriação na vulva						
Não	1	-	-	1	-	-
Sim	19,40	4,88 – 77,14	<0,001	11,95	2,72 – 52,52	0,001

4.4 PREVALÊNCIAS DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E FATORES ASSOCIADOS À TRICOMONÍASE, INFECÇÃO PELA *C. trachomatis* E PELO HPV

Considerando-se antecedentes de DST, 97 mulheres (52,7%) referiram história anterior de pelo menos uma delas ao longo da vida.

Do total das 184 mulheres estudadas, 183 (99,4%) realizaram pesquisa para a *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* e HPV, 179 (97,3%) para sífilis e a totalidade delas para *T. vaginalis*.

A prevalência geral de DST na população estudada foi de 87,0% (160/184), quando incluída a infecção pelo HPV e de 35,9%, quando essa infecção viral foi excluída. Isoladamente, a infecção pelo HPV foi a mais prevalente (83,6%), seguida da infecção pela *C. trachomatis* (24,6%) e pelo *T. vaginalis* (14,7%). A sífilis foi observada em 1,1% das mulheres e não foram diagnosticados casos de infecção pela *N. gonorrhoeae*. Destaca-se que em 59 (32,1%) mulheres foram observadas infecções concomitantes (Tabela 12).

Tabela 12. Prevalência de doenças sexualmente transmissíveis entre as mulheres infectadas pelo HIV/aids. Botucatu, 2008 - 2010.

DST	N	%
Prevalência isolada		
Infecção pelo HPV (n=183)	153	83,6
Tricomoníase (n=184)	27	14,7
Infecção clamidiana (n=183)	45	24,6
Gonorréia (n=183)	0	0,0
Sífilis (n= 179)	2	1,1
Prevalência de co-infecções duplas		
HPV + <i>C. trachomatis</i>	33	17,9
HPV + tricomoníase	16	8,7
HPV + sífilis	2	1,1
Prevalência de co-infecções triplas		
HPV + <i>C. trachomatis</i> + tricomoníase	8	4,3

DST: doenças sexualmente transmissíveis. HPV: papiloma vírus humano.

Foram verificadas verrugas ano-genitais em 12,5% (23/184) das mulheres e lesões vesiculosas, expressão de períodos ativos do herpes genital, em 8,1% (15/184).

Dentre as 153 mulheres infectadas pelo HPV, seria possível a genotipagem de 72 mulheres (47,0%), no entanto, foi possível a genotipagem de 43 (28,1%), uma vez que em 81 (52,9%) a concentração de DNA extraído da amostra foi insuficiente para a análise e em 29 (18,9%) havia outros tipos que não estavam compreendidos entre os 27 pesquisados. Das 43 mulheres em que se procedeu à genotipagem do HPV, 41 (95,3%) tinham pelo menos um genótipo de alto grau de oncogenicidade e apenas duas tinham, exclusivamente, genótipos de baixo grau.

Foram encontrados os seguintes genótipos de alto grau de oncogenicidade: 16 (30,2%), 18 (14,0%), 26 (2,3%), 31(11,6%), 33 (18,6%), 39 (2,3%), 45 (4,6%), 51 (2,3%), 52 (7,0%), 53 (4,6%), 56 (11,6%), 58 (7,0%), 59 (7,0%), 66 (9,3%), 68 (4,6%), 73 (4,6%) e 82 (2,3%). Os genótipos de baixo grau de oncogenicidade observados foram o 6 (7,0%), 40 (2,3%), 42 (2,3%), 54 (2,3%), 55 (2,3%) e 83 (2,3%).

Observou-se distribuição concomitante de genótipos do HPV em 16 mulheres (37,2%), sendo que em 10 delas (23,5%), se associavam dois genótipos de alto grau de

oncogenicidade, em duas (4,6%) três, em uma (2,3%) quatro e em uma (2,3%) cinco genótipos.

4.4.1 Fatores associados à tricomoníase

De acordo com as variáveis sociodemográficas estudadas, mulheres com ou sem tricomoníase não apresentaram diferenças, quanto à idade, escolaridade e estado civil. Houve maior prevalência de tricomoníase, no entanto, entre as mulheres negras e pardas, em relação às brancas (26,9% vs 9,8%, $\chi^2=8,686$, $p=0,003$), com risco aumentado desta infecção em mais de três vezes entre as primeiras [OR=3,37 (IC 95%:1,46–7,80); $p=0,004$].

Não foram observadas, também, diferenças entre as mulheres com e sem tricomoníase com relação às variáveis comportamentais investigadas, número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses, condição sorológica do parceiro em relação ao HIV, ter ou não parceria eventual, prática de sexo anal e uso consistente ou inconsistente do preservativo. Aquelas que faziam uso de alguma droga, exceto o álcool e tabaco, tiveram maior prevalência da infecção, quando comparadas às que não tinham esse comportamento (30,0% vs 12,8%, $\chi^2=4,209$, $p=0,034$). Portanto, a utilização de alguma droga ilícita triplicou o risco de tricomoníase [OR= 2,92(IC 95%:1,01–8,43), $p=0,048$]. Esses resultados estão apresentados na Tabela 13.

Tabela 13. Associação entre tricomoníase e variáveis sociodemográficas e comportamentais de 184 mulheres vivendo com HIV/aids. Botucatu, 2008-2010.

Variáveis	Tricomoníase				Total		P valor#	OR (IC 95%)
	Sim		Não		N	%		
	N	%	N	%				
Faixa etária								
< 30 anos	6	24,0	19	76,0	25	13,6	0,129	2,95(0,65 – 13,25)
30 a 49 anos	18	14,1	110	85,9	128	69,6	0,799	1,53(0,42 – 5,55)
≥ 50 anos	3	9,7	28	90,3	31	16,8	-	1,0
Escolaridade < 8 anos de estudo								
Sim	17	16,3	87	83,6	104	56,5	0,466	1,37(0,59 – 3,17)
Não	10	12,5	70	87,5	80	43,5	-	1,0
Cor da pele								
Preta/parda	14	26,9	38	73,1	52	28,3	0,004	3,37 (1,46 – 7,80)
Branca	13	9,8	119	90,1	132	71,7	-	1,0
Estado civil								
Solteiras/separadas/viúvas	12	12,9	81	87,1	93	50,5	0,493	0,75(0,33 – 1,71)
Casadas/união estável	15	16,5	76	83,5	91	49,5	-	1,0
Parceiros últimos 12 meses								
Nenhum	2	4,5	42	95,5	44	23,9	0,043	0,19(0,03 – 1,07)
Um	20	17,4	95	82,6	115	62,5	0,192	0,84(0,28 – 2,51)
≥ 2	5	20,0	20	80,0	25	1,6	-	1,0
Parceiro HIV positivo* (n=121)								
Sim	7	12,3	50	87,7	57	47,1	0,239	0,55(0,20 – 1,49)
Não/CSIG	13	20,3	51	79,7	64	52,9	-	1,0
Parceria eventual								
Sim	5	26,3	14	73,7	19	10,3	0,139	2,32(0,76 – 7,08)
Não	22	13,3	143	86,7	165	89,7	-	1,0
Prática sexo anal** (n=134)								
Sim	7	21,9	25	78,1	32	23,9	0,504	1,40(0,52 – 3,76)
Não	17	16,7	85	83,3	102	76,1	-	1,0
Preservativo *** (n=136)								
Uso inconsistente	10	16,7	50	83,3	60	44,1	0,790	0,89(0,36 – 2,16)
Uso consistente	14	18,4	62	81,6	76	55,9	-	1,0
Uso de alguma droga****								
Sim	6	30,0	14	70,0	20	10,9	0,048	2,92(1,01 – 8,43)
Não	21	12,8	143	87,2	164	89,1	-	1,0

*Excluíram-se 44 mulheres sem atividade sexual nos últimos 12 meses e 19 sem parceria fixa; **excluíram-se 44 mulheres sem atividade sexual nos últimos 12 meses e seis que não responderam; ***excluíram-se 48 mulheres sem atividade sexual nos últimos seis meses; ****exceto álcool e tabaco, CSIG=condição sorológica ignorada.

Análise bivariada.

Os resultados das análises que investigaram a relação entre as variáveis clínico-laboratoriais e a tricomoníase estão apresentados na Tabela 14.

Não foram observadas diferenças entre as mulheres com e sem tricomoníase quanto a antecedente de DST.

Com relação às queixas ginecológicas, não houve diferença em relação à presença de corrimento vaginal, prurido e mau odor genital e ter ou não tricomoníase. Quando a queixa de corrimento vaginal foi confirmada ao exame ginecológico, houve taxa significativamente maior de tricomoníase (18,2% vs 2,4%, p=0,011, pelo exato de Fisher),

aumentando em nove vezes a chance desta infecção [OR=8,88 (IC 95%:1,17 – 67,53); p=0,035].

Ainda com relação ao exame ginecológico, houve taxa superior de tricomoníase entre as mulheres em que se aferiu pH vaginal maior que 4,5, do que entre aquelas com valores inferiores (17,7% vs 4,6%, p=0,046, pelo exato de Fisher), o que significa aumento em quatro vezes a chance de ter esta infecção [OR=4,42(IC95%:1,01–19,48); p=0,049].

As mulheres com diagnóstico de vaginose bacteriana tiveram maior prevalência de tricomoníase em comparação com aquelas sem esta condição (23,9% vs 10,0%, $\chi^2=4,099$, p=0,043). Houve, portanto, quase três vezes mais chance de tricomoníase entre as primeiras [OR=2,83(1,01–7,95); p=0,049)].

Finalmente, constatou-se que o *status* da contagem de linfócitos TCD4+ e o uso de antirretrovirais não influenciaram na ocorrência de tricomoníase nas mulheres infectadas pelo HIV.

Tabela 14. Associação entre tricomoníase e variáveis clínicas e laboratoriais de 184 mulheres vivendo com HIV/aids. Botucatu, 2008-2010.

Variáveis	Tricomoníase				Total		P valor#	OR (IC 95%)
	Sim		Não		N	%		
	N	%	N	%				
Antecedente de DST								
Sim	14	14,4	83	85,6	97	52,7	0,922	0,96(0,42 – 2,17)
Não	13	14,9	74	85,1	87	47,3	-	1,0
Queixa de corrimento								
Sim	20	17,7	93	82,3	113	61,4	0,149	1,97(0,78 – 4,92)
Não	7	9,9	64	90,1	71	38,6	-	1,0
Queixa de prurido genital								
Sim	9	17,0	44	83,0	53	28,8	0,574	1,28(0,54 – 3,07)
Não	18	13,7	113	86,3	131	71,2	-	1,0
Queixa mau odor genital								
Sim	7	12,1	51	87,9	58	31,5	0,499	0,73(0,29 – 1,83)
Não	20	15,9	106	84,1	126	68,5	-	1,0
Conteúdo vaginal								
Sim	26	18,2	117	81,2	143	77,7	0,035	8,88(1,17 – 67,53)
Não	1	2,4	40	97,6	41	22,3	-	1,0
pH > 4,5								
Sim	25	17,7	116	82,3	141	76,6	0,049	4,42(1,01 – 19,48)
Não	2	4,6	41	95,4	43	23,4	-	1,0
Vaginose bacteriana*(n=116)								
Sim	11	23,9	35	76,1	46	39,7	0,049	2,83(1,01 – 7,95)
Não	7	10,0	63	90,0	70	60,3	-	1,0
Uso de TARV								
Não	8	21,6	29	78,4	37	20,1	0,186	1,86(0,74 – 4,66)
Sim	19	12,9	128	87,1	147	79,9	-	1,0
Linfócitos TCD4+/mm³								
< 200	8	24,2	25	75,8	33	17,9	0,073	2,05(0,80 – 5,28)
200 a 350	2	8,0	23	92,0	25	13,6	0,224	0,56 (0,12 – 2,58)
> 350	17	13,5	109	86,5	126	68,5	-	1,0

*Excluíram-se 41 mulheres em menopausa e 27 em uso de antimicrobiano.

TARV=terapia antirretroviral. DST=doença sexualmente transmissível.

Análise bivariada.

Na análise multivariada realizada por meio de modelo de regressão logística, a cor da pele negra e parda se constituiu em fator de risco para a tricomoníase [OR=3,09(IC:95%: 1,26–7,56); p=0,014], assim como, a utilização de alguma droga ilícita [OR=3,41(1,04– 11,16); 0,042], ambas triplicando o risco desta afecção. A presença de conteúdo vaginal e o valor de pH maior que 4,5 constituíram-se em importantes indicadores da tricomoníase, o primeiro aumentando a chance da ocorrência da infecção em mais de oito vezes [OR=8,24 (IC95%:1,06–64,17); p=0,044] e o segundo, em quatro vezes e meia [OR=4,56(IC95%:1,01 – 20,65);p=0,049] (Tabela 15).

Tabela 15. Resultados das análises de regressão logística bivariada e multivariada entre variáveis selecionadas e presença de tricomoníase. Botucatu, 2008 - 2010.

Variáveis	Análise Bivariada			Análise Multivariada		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Cor da pele						
Branca	1	-	-	1	-	-
Preta/parda	3,37	1,46 – 7,80	0,004	3,09	1,26 – 7,56	0,014
Uso alguma droga*						
Não	1	-	-	1	-	-
Sim	2,92	1,01 – 8,43	0,048	3,41	1,04 – 11,16	0,042
Conteúdo vaginal						
Não	1	-	-	1	-	-
Sim	8,88	1,17 – 67,53	0,035	8,24	1,06 – 64,17	0,044
pH > 4,5						
Não	1	-	-	1	-	-
Sim	4,42	1,01 – 19,48	0,049	4,56	1,01 – 20,65	0,049

4.4.2 Fatores associados à infecção pela *C. trachomatis*

Os resultados das análises que investigaram a relação entre a *C. trachomatis* e variáveis sociodemográficas e comportamentais constam da Tabela 16.

Com relação às variáveis sociodemográficas, identificou-se que as mulheres com ou sem diagnóstico de cervicite por clamídia não diferiram quanto à idade, nível de escolaridade e estado civil. Houve maior taxa desta infecção entre as mulheres negras e pardas do que entre as brancas (38,5% vs 19,1%; $\chi^2=7,538$, $p=0,006$), indicando mais que o dobro de risco desta infecção entre as primeiras [OR=2,65(IC 95%:1,30–5,38); $p=0,007$].

Considerando-se as variáveis comportamentais, não houve diferença entre as mulheres com ou sem diagnóstico da infecção pela *C. trachomatis*, quanto ao número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses, condição sorológica do parceiro em relação ao HIV, parceria eventual, prática de sexo anal, uso consistente ou inconsistente de preservativos e uso de droga ilícita. Desta forma, as variáveis comportamentais não acarretaram aumento da probabilidade de cervicite por clamídia na população estudada.

Tabela 16. Associação entre a infecção pela *C. trachomatis* e variáveis sociodemográficas e comportamentais de 183 mulheres vivendo com HIV/aids. Botucatu, 2008-2010.

Variáveis	Infecção <i>C. trachomatis</i>				Total		P valor#	OR (IC 95%)
	Sim		Não		N	%		
	N	%	N	%				
Faixa etária								
< 30 anos	7	28,0	18	72,0	25	13,7	0,734	1,12(0,34 – 3,66)
30 a 49 anos	30	23,6	97	76,4	127	69,4	0,638	0,89(0,36 – 2,19)
≥ 50 anos	8	25,8	23	74,2	31	16,9	-	1,0
Escolaridade < 8 anos de estudo								
Sim	28	27,2	75	72,8	103	56,3	0,356	1,38(0,69 – 2,76)
Não	17	21,2	63	78,8	80	43,7	-	1,0
Cor da pele								
Preta/parda	20	38,5	32	61,5	52	28,4	0,007	2,65(1,30 – 5,38)
Branca	25	19,1	106	80,9	131	71,6	-	1,0
Estado civil								
Solteiras/separadas/viúvas	22	23,9	70	76,1	92	50,3	0,831	0,93(0,47 – 1,82)
Casadas/união estável	23	25,3	68	74,7	91	49,7	-	1,0
Parceiros últimos 12 meses								
Nenhum	9	20,9	34	79,1	43	23,5	0,610	0,84(0,26 – 2,72)
Um	30	26,1	85	73,9	115	62,8	0,587	1,12(0,41 – 3,06)
≥ 2	6	24,0	19	76,0	25	13,7	-	1,0
Parceiro HIV positivo* (n=121)								
Sim	17	29,8	40	70,2	57	47,1	0,157	1,84(0,79 – 4,29)
Não/CSIG	12	18,7	52	81,3	64	52,9	-	1,0
Parceria eventual								
Sim	7	36,8	12	63,2	19	10,4	0,196	0,52(0,19 – 1,41)
Não	38	23,2	126	76,8	164	89,6	-	1,0
Prática sexo anal** (n=134)								
Sim	11	34,4	21	65,6	32	23,9	0,226	1,70(0,72 – 4,03)
Não	24	23,5	78	76,5	102	76,1	-	1,0
Preservativo *** (n=136)								
Uso inconsistente	18	30,0	42	70,0	60	44,1	0,313	1,49(0,69 – 3,22)
Uso consistente	17	22,4	59	77,6	76	55,9	-	1,0
Uso de alguma droga ****								
Sim	5	25,0	15	75,0	20	10,9	0,964	1,02(0,35 – 3,0)
Não	40	24,5	123	75,5	163	89,1	-	1,0

*Excluíram-se 43 mulheres sem atividade sexual nos últimos 12 meses e 19 sem parceria fixa, **excluíram-se 43 mulheres sem atividade sexual nos últimos 12 meses e seis que não responderam, ***excluíram-se 47 mulheres sem atividade sexual nos últimos seis meses, ****exceto álcool e tabaco. CSIG = condição sorológica ignorada.

Análise bivariada.

As características clínicas e laboratoriais das mulheres investigadas e os resultados das análises bivariadas entre estas e presença/ausência da infecção pela *C. trachomatis* estão apresentadas na Tabela 17.

Com relação aos antecedentes de DST, não foram identificadas diferenças entre as mulheres com e sem diagnóstico de cervicite por clamídia.

Da mesma forma, as mulheres com ou sem diagnóstico da infecção pela *C. trachomatis* não diferiram quanto às queixas de corrimento e de dor em baixo ventre e/ou à relação sexual.

No que se refere ao exame ginecológico, as mulheres investigadas não diferiram quanto à observação da presença ou não de conteúdo vaginal e a prevalência da cervicite clamidiana. Entretanto, houve maior prevalência desta infecção entre as mulheres que apresentavam ectopia no colo uterino (46,7% vs 20,7%, $\chi^2 = 8,806$, $p=0,003$), triplicando a chance da infecção [OR=3,35 (1,47–7,65); $p=0,004$].

Não se observaram diferenças entre as mulheres com e sem diagnóstico da infecção pela *C. trachomatis* quanto à utilização de terapia antirretroviral e *status* da contagem de linfócitos T CD4+. Da mesma forma, não houve associação entre tricomoníase, infecção pelo HPV, candidose vaginal (dados não mostrados), vaginose bacteriana e a cervicite clamidiana (Tabela 17).

Tabela 17. Associação entre a infecção pela *C. trachomatis* e variáveis clínicas e laboratoriais de 183 mulheres vivendo com HIV/aids. Botucatu, 2008-2010.

Variáveis	Infecção <i>C. trachomatis</i>				Total		P valor#	OR (IC 95%)
	Sim		Não		N	%		
	N	%	N	%				
Antecedente de DST								
Sim	26	27,1	70	72,9	96	52,5	0,411	1,33(0,67 – 2,62)
Não	19	21,8	68	78,2	87	47,5	-	1,0
Queixa de corrimento								
Sim	33	29,2	80	70,8	113	61,7	0,068	1,99(0,95 – 4,19)
Não	12	17,1	58	82,9	70	38,3	-	1,0
Dor em BV/relação sexual								
Sim	12	30,8	27	69,2	39	21,3	0,314	1,49(0,68 – 3,27)
Não	33	22,9	111	77,1	144	78,7	-	1,0
Conteúdo vaginal								
Sim	38	26,6	105	73,4	143	78,1	0,243	1,71(0,70 – 4,18)
Não	7	17,5	33	82,5	40	21,9	-	1,0
Ectopia colo uterino* (n=170)								
Sim	14	46,7	16	53,3	30	17,7	0,004	3,35 (1,47 – 7,65)
Não	29	20,7	111	79,3	140	82,3	-	1,0
Vaginose bacteriana** (n=115)								
Sim	16	34,8	30	65,2	46	40,0	0,057	2,30(0,98 – 5,41)
Não	13	18,8	56	81,2	69	60,0	-	1,0
Uso de TARV								
Não	7	18,9	30	81,1	37	20,2	0,372	0,66(0,27 – 1,64)
Sim	38	26,0	108	74,0	146	79,8	-	1,0
Linfócitos TCD4+/mm³								
< 200	9	27,3	24	72,7	33	18,0	0,574	1,14(0,48 – 2,71)
200 a 350	5	20,0	20	80,0	25	13,7	0,533	0,76 (0,26 – 2,19)
> 350	31	24,8	94	75,2	125	68,3	-	1,0

*Excluíram-se 13 mulheres sem colo uterino,**Excluíram-se 41 mulheres em menopausa e 27 que faziam uso de antimicrobiano. DST = doença sexualmente transmissível. BV = baixo ventre. TARV = terapia antirretroviral.

Análise bivariada.

A análise multivariada confirmou a cor da pele negra e parda como fator de risco para a infecção pela *C. trachomatis* [OR=2,87(IC95%:1,35–6,11), (p=0,006)], assim como, a presença de ectopia no colo uterino, associou-se ao aumento da probabilidade de ocorrência da mesma [OR=2,89(IC 95%:1,23–6,78), (p=0,015)] (Tabela 18).

Tabela 18. Resultados das análises de regressão logística bivariada e multivariada entre variáveis selecionadas e presença da infecção pela *C. trachomatis*. Botucatu, 2008 - 2010.

Variáveis	Análise Bivariada			Análise Multivariada		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	P
Cor da pele						
Branca	1	-	-	1	-	-
Preta/parda	2,65	1,30 – 5,38	0,007	2,87	1,35 – 6,11	0,006
Ectopia no colo uterino						
Sim	1	-	-	1	-	-
Não	3,35	1,47 – 7,65	0,004	2,89	1,23 – 6,78	0,015

4.4.3 Fatores associados à infecção pelo HPV

Na Tabela 19 são apresentadas características sociodemográficas e comportamentais das mulheres investigadas e os resultados das análises bivariadas com a presença/ausência da infecção pelo HPV.

Não houve diferença entre mulheres com e sem infecção pelo HPV em relação às variáveis sociodemográficas, idade, nível de escolaridade, cor da pele e estado civil.

Considerando-se as variáveis comportamentais, também, não houve diferença entre as mulheres infectadas ou não pelo HPV e ter parceria sexual eventual, prática de sexo anal, uso consistente ou inconsistente de preservativos, utilização de alguma droga ilícita e, também, quanto à condição sorológica do parceiro sexual, em relação ao HIV.

Tabela 19. Associação entre a infecção pelo HPV e variáveis sociodemográficas e comportamentais de 183 mulheres vivendo com HIV/aids. Botucatu, 2008-2010.

Variáveis	Infecção pelo HPV				Total		P valor#	OR (IC 95%)
	Sim		Não		N	%		
	N	%	N	%				
Faixa etária								
< 30 anos	24	96,0	1	4,0	25	13,7	0,090	7,0(0,80 – 61,32)
30 a 49 anos	105	82,7	22	17,3	127	69,4	0,285	1,39(0,53 – 3,63)
≥ 50 anos	24	77,4	7	22,6	31	16,9	-	1,0
Escolaridade < 8 anos de estudo								
Sim	83	80,6	20	19,4	103	56,3	0,213	0,59(0,26 – 1,35)
Não	70	87,5	10	12,5	80	43,7	-	1,0
Cor da pele								
Preta/parda	42	80,8	10	19,2	52	28,4	0,514	0,77(0,33 – 1,75)
Branca	111	84,7	20	15,3	131	71,6	-	1,0
Estado civil								
Solteiras/separadas/viúvas	75	81,5	17	18,5	92	50,3	0,445	0,73(0,33 – 1,62)
Casadas/união estável	78	85,7	13	14,3	91	49,7	-	1,0
Parceiros na vida								
Um	9	69,2	4	30,8	13	7,1	0,165	0,39(0,11 – 1,42)
2 - 4	52	83,9	10	16,1	62	33,9	0,440	0,90(0,38 – 2,14)
≥ 5	92	85,2	16	14,8	108	59,0	-	1,0
Parceiros últimos 12 meses								
Nenhum	33	76,7	10	23,3	43	23,5	0,102	0,29(0,06 – 1,43)
Um	97	84,4	18	15,6	115	62,8	0,782	0,47(0,10 – 2,16)
≥ 2	23	92,0	2	8,0	25	13,7	-	1,0
Parceiro HIV positivo* (n=121)								
Sim	47	82,5	10	17,5	57	47,1	0,438	0,67(0,24 – 1,84)
Não/CSIG	56	87,5	8	12,5	64	52,9	-	1,0
Parceria eventual								
Sim	17	89,5	2	10,5	19	10,4	0,471	1,75(0,38 – 8,01)
Não	136	82,9	28	17,1	164	89,6	-	1,0
Prática sexo anal** (n=134)								
Sim	27	84,4	5	15,6	32	23,9	0,899	0,93(0,31 – 2,80)
Não	87	85,3	15	14,7	102	76,1	-	1,0
Preservativo *** (n=136)								
Uso inconsistente	66	86,8	10	13,2	76	55,9	0,567	0,76(0,29 – 1,96)
Uso consistente	50	83,3	10	16,7	60	44,1	-	1,0
Uso de alguma droga ****								
Sim	17	85,0	3	15,0	20	10,9	0,858	1,12(0,31 – 4,12)
Não	136	83,4	27	16,6	163	89,1	-	1,0

*Excluíram-se 43 mulheres sem atividade sexual nos últimos 12 meses e 19 sem parceria fixa, **excluíram-se 43 mulheres sem atividade sexual nos últimos 12 meses e seis que não responderam, ***excluiu-se 47 mulheres sem atividade sexual nos últimos seis meses, ****exceto álcool e tabaco. CSIG = condição sorológica ignorada.

Análise bivariada.

As variáveis clínicas e laboratoriais das mulheres com e sem infecção pelo HPV estão apresentadas na Tabela 20.

Quanto aos antecedentes de DST, não se observou diferença entre as mulheres infectadas ou não pelo HPV. Aquelas com queixa de corrimento vaginal tiveram maior

prevalência da infecção pelo HPV (88,5% vs 75,7%, $\chi^2=5,152$, $p=0,023$), demonstrando chance 2,5 vezes maior de ter a infecção [OR=2,47(IC 95%:1,11–5,46); $p=0,026$]. No entanto, a comprovação do corrimento ao exame ginecológico, não se constituiu em variável associada ao HPV.

As mulheres com vaginose bacteriana apresentaram maior prevalência da infecção pelo HPV, em relação àquelas sem esta condição (95,6% vs 78,3%; $p=0,014$, pelo teste exato de Fisher), aumentando em seis vezes a chance da infecção pelo HPV, quando a vaginose bacteriana estava presente OR=[6,11(IC 95%:1,33–28,17), $p=0,020$].

Quanto às coinfeções do trato genital inferior, não houve associação do HPV com tricomoníase e cervicite por clamídia (dados não mostrados).

O uso de TARV e o *status* da contagem de linfócitos T CD4+ não se associaram com a infecção pelo HPV.

Tabela 20. Associação entre a infecção pelo HPV e variáveis clínicas e laboratoriais de 183 mulheres vivendo com HIV/aids. Botucatu, 2008-2010.

Variáveis	Infecção pelo HPV				Total		P valor#	OR (IC 95%)
	Sim		Não		N	%		
	N	%	N	%				
Antecedente de DST								
Sim	80	83,3	16	16,7	96	52,5	0,916	0,96(0,44 – 2,10)
Não	73	83,9	14	16,1	87	47,5		1,0
Queixa de corrimento								
Sim	100	88,5	13	11,5	113	61,7	0,026	2,47(1,11 – 5,46)
Não	53	75,7	17	24,3	70	38,3		1,0
Conteúdo vaginal								
Sim	122	85,3	21	14,7	143	78,1	0,241	1,69(0,70 – 4,04)
Não	31	77,5	9	22,5	40	21,9		1,0
Vaginose bacteriana* (n=115)								
Sim	44	95,6	2	4,4	46	40,0	0,020	6,11(1,33 – 28,17)
Não	54	78,3	15	21,7	69	60,0		1,0
Uso de TARV								
Não	32	86,5	5	13,5	37	20,2	0,597	1,32(0,47 – 3,73)
Sim	121	82,9	25	17,1	146	79,8		1,0
Linfócitos TCD4+/mm³								
< 200	31	93,9	2	6,1	33	18,0	0,129	3,68(0,82 – 16,47)
200 a 350	21	84,0	4	16,0	25	13,7	0,518	1,25 (0,39 – 3,97)
> 350	101	80,8	24	19,2	125	68,3	-	1,0

* Excluiu-se 41 mulheres em menopausa e 27 que faziam uso de antimicrobiano. DST = doença sexualmente transmissível.

TARV = terapia antirretroviral.

Análise bivariada.

A análise multivariada realizada por meio de modelo de regressão logística apontou que apenas a variável vaginose bacteriana se manteve associada à infecção pelo HPV, aumentando em quase seis vezes a chance desta condição (OR=5,79; IC 95%:1,23–27,19; p=0,026) (Tabela 21).

Tabela 21. Resultados das análises de regressão logística bivariada e multivariada entre variáveis selecionadas e presença da infecção pelo HPV. Botucatu, 2008 - 2010.

Variáveis	Análise Bivariada			Análise Multivariada		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Queixa de corrimento						
Sim	2,47	1,11 – 5,46	0,026	1,28	0,43 – 3,86	0,656
Não	1	-	-	1	-	-
Vaginose bacteriana						
Sim	6,11	1,33 – 28,17	0,020	5,79	1,23 – 27,19	0,026
Não	1	-	-	1	-	-

4.5 PREVALÊNCIA DE LESÕES PRECURSORAS DO COLO UTERINO E FATORES ASSOCIADOS À LESÃO DE ALTO E BAIXO GRAU

4.5.1 Antecedentes e prevalência de lesões precursoras do colo uterino

Considerando-se antecedentes de realização da citologia oncótica cérvico-vaginal, apenas 89 (48,4%) mulheres haviam realizado esse exame há menos de um ano, 39 (21,2%) realizaram-no há um ano, 17 (9,2%) entre dois e três anos, 35 (19,0%) há mais de três anos e quatro (2,2%) não se lembravam se já o havia realizado.

Antecedentes de lesões precursoras ou neoplásicas do colo uterino foram referidos por 23 (12,5%) mulheres e 19 (10,3%) delas reportaram tratamento anterior.

À citologia oncótica cervicovaginal convencional, a prevalência de lesões precursoras do câncer do colo do útero e atipias celulares foi de 21,2% (39/184). A alteração citológica mais frequente foi lesão intraepitelial de baixo grau (12,0%), seguida da lesão intraepitelial de alto grau (5,4%) (Tabela 22).

Tabela 22. Distribuição das 184 mulheres infectadas pelo HIV/aids, segundo o resultado da citologia oncótica cérvico-vaginal convencional. Botucatu, 2008 - 2010.

Resultado da citologia oncótica	N	%
Inflamação	118	64,1
Atrofia com inflamação	9	4,9
Inflamação + metaplasia escamosa imatura	2	1,1
Inflamação + reparação	1	0,5
Dentro dos limites da normalidade	15	8,1
Lesão intraepitelial de baixo grau	22	12,0
Lesão intraepitelial de alto grau	9	4,9
Lesão intraepitelial de alto - não exclui micro- invasão	1	0,5
ASC-US* possivelmente não neoplásicas	6	3,3
AGUS** possivelmente não neoplásicas	1	0,5
Total	184	100,0

* ASC-US = Atipias em células escamosas, ** AGUS = Atipias em células glandulares.

Dentre as 23 mulheres que referiram antecedente de lesão precursora ou neoplásica do colo uterino, cinco (21,7%) apresentaram lesão intraepitelial cervical de alto-grau e três (13,0%), lesão intraepitelial cervical de baixo grau.

Com relação às 19 mulheres que relataram terem sido submetidas anteriormente a tratamentos para lesão pré-neoplásica, três delas (15,8%) apresentaram lesão intraepitelial cervical de alto grau e três (15,8%), lesão intraepitelial de baixo grau.

A Figura 2 apresenta a freqüência absoluta de genótipos do HPV nas mulheres investigadas, segundo as lesões precursoras.

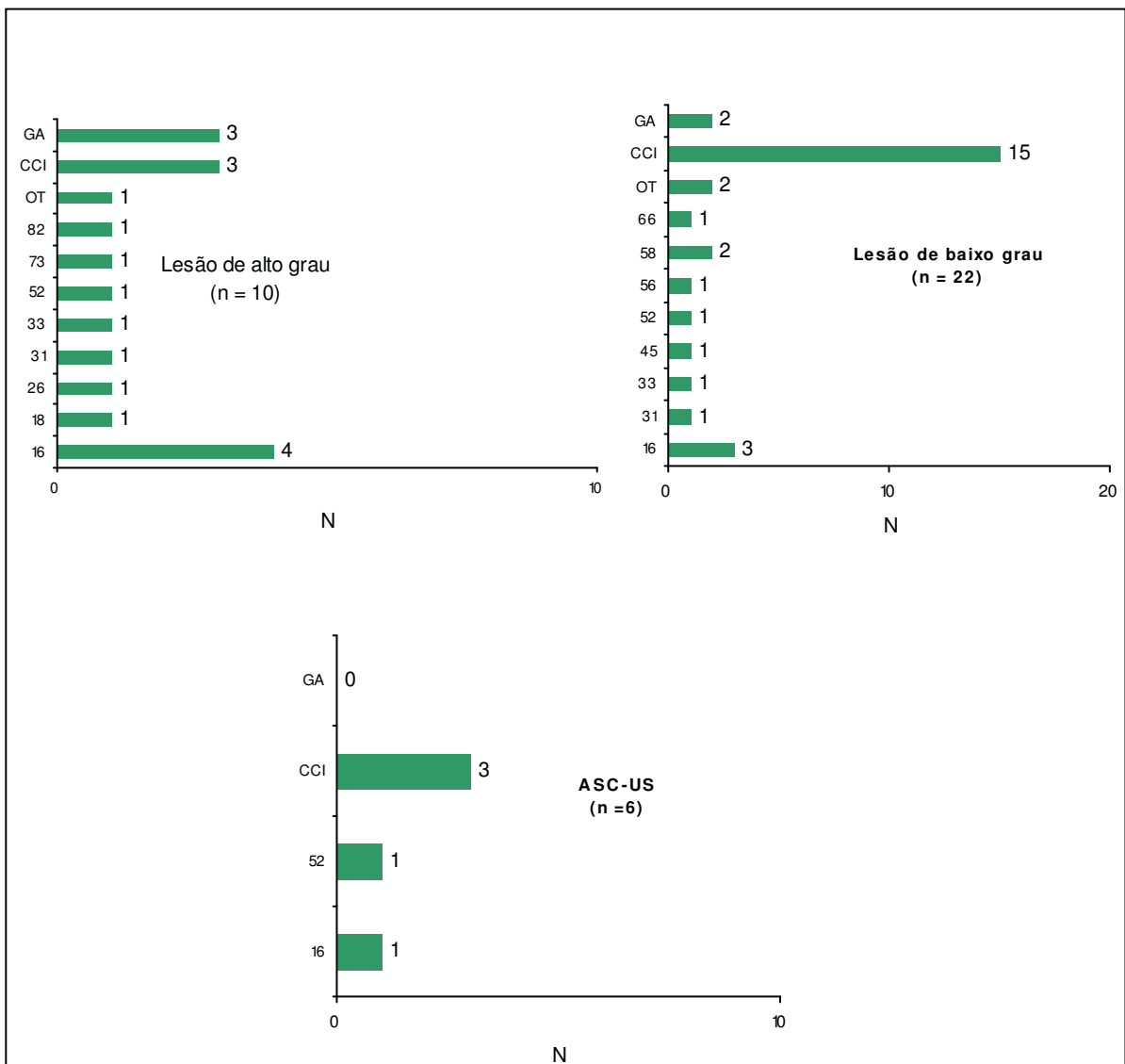
Foi possível a realização da genotipagem do HPV em sete dos dez casos de lesão intra-epitelial cervical de alto grau e destes, todos eram de alto grau de oncogenicidade. Dentre os genótipos do HPV identificados, o mais frequente foi o 16 (4/10), sendo, ainda, detectados os seguintes tipos: 18, 26, 31, 33, 52 e 73. Três mulheres tinham genótipos associados.

Dentre as 22 mulheres com lesão intraepitelial de baixo grau, foi possível a genotipagem do HPV em cinco delas. Todos os tipos identificados eram de alto grau de oncogenicidade, sendo o 16 o mais frequente (3/22), seguido do genótipo 58 (2/22). Os

demais tipos identificados foram: 31, 33, 45, 52, 56 e 66. Em duas mulheres havia genótipos associados.

Nas seis mulheres com ASC-US, cinco foram positivas para o HPV na PCR.

Destas, identificou-se o genótipo em duas, sendo em um dos casos o 16 e o outro o 52.



OT: outro tipo, CCI: concentração de DNA viral insuficiente, GA: genótipos associados. ASC-US: atipias em células escamosas.

Figura 2 – Frequência absoluta de genótipos de HPV em mulheres vivendo com HIV/Aids, segundo lesão intraepitelial cervical de alto e baixo grau e atipias em células escamosas.

4.5.2 Fatores associados à lesão intraepitelial cervical de alto grau (LIEAG)

As características sociodemográficas, comportamentais, clínicas e laboratoriais das mulheres investigadas e os resultados das análises bivariadas entre estas e presença/ausência de LIEAG estão apresentadas na Tabela 23.

Considerando-se as variáveis sociodemográficas, não houve diferença entre as mulheres com ou sem LIEAG em relação à faixa etária, idade acima de 40 anos no diagnóstico da infecção pelo HIV/aids, cor da pele e escolaridade.

Da mesma forma, as variáveis comportamentais, número de parceiros sexuais ao longo da vida, uso de droga ilícita, uso de álcool duas ou mais vezes na semana e uso anterior ou atual de tabaco não se associaram ao aumento da probabilidade das mulheres apresentarem LIEAG.

Dentre as variáveis relativas a antecedentes clínicos, história anterior de DST não se associou com LIEAG. Por outro lado, as mulheres que referiram antecedente de lesão pré-neoplásica ou neoplásica tiveram prevalência superior (21,7% vs 3,1%, $\chi^2=13,595$, $p=0,0002$), com aumento em quase nove vezes a chance desta alteração [OR=8,67(IC 95%: 2,29–32,84); $p=0,001$], em relação àquelas que não tinham essa história.

Considerando-se as variáveis referentes a aspectos clínicos presentes no momento da inclusão no estudo, não foram identificadas diferenças entre as mulheres com ou sem LIEAG, quanto à referência de dor em baixo ventre e/ou à relação sexual.

Todas as mulheres que tinham LIEAG eram infectadas pelo HPV. Não houve, no entanto, diferença na prevalência dessa lesão com relação à presença de infecção por *C. trachomatis*, tricomoníase, candidose vaginal e vaginose bacteriana (dados não mostrados) (Tabela 23).

Por final, em relação ao uso ou não de antirretrovirais e ao *status* da contagem de linfócitos TCD4+, não foram identificadas diferenças entre as mulheres com ou sem LIEAG e essas variáveis.

Tabela 23. Associação entre lesão intraepitelial cervical de alto grau e variáveis sociodemográficas, comportamentais, clínicas e laboratoriais de 184 mulheres vivendo com HIV/aids. Botucatu, 2008-2010.

Variáveis	Lesão de alto grau				Total		P valor#	OR (IC 95%)
	Sim		Não		N	%		
	N	%	N	%				
Faixa etária								
< 30 anos	3	12,0	22	88,0	25	13,6	0,965	-
30 a 49 anos	7	5,5	121	94,5	128	69,6	0,972	-
≥ 50 anos	0	0,0	31	100,0	31	16,8	-	1,0
40 anos ou mais diagnóstico da infecção pelo HIV								
Não	7	5,3	126	94,7	133	72,3	0,868	0,89 (0,22 – 3,58)
Sim	3	5,9	48	94,1	51	27,7	-	1,0
Cor da pele								
Preta/parda	1	1,9	51	98,1	52	28,3	0,217	0,27(0,03 – 2,17)
Branca	9	6,8	123	93,2	132	71,7	-	1,0
< 8 anos de estudo								
Sim	4	5,0	76	95,0	80	43,5	0,541	1,5(0,41-5,50)
Não	6	5,8	98	94,2	104	56,5	-	1,0
Parceiros na vida								
Um	0	0,0	13	100,0	13	7,1	0,956	-
2 - 4	2	3,2	60	96,8	62	33,7	0,961	0,42 (0,09 – 2,05)
≥ 5	8	7,3	101	92,7	109	59,2	-	1,0
Uso de alguma droga *								
Sim	2	10,0	18	90,0	20	10,9	0,351	2,17(0,43 – 11,0)
Não	8	4,9	156	95,1	164	89,1	-	1,0
Uso álcool ≥ 2 vezes/semana								
Sim	2	8,7	21	91,3	23	12,5	0,608	0,67(0,15 – 3,08)
Não	8	5,0	153	95,0	161	87,5	-	1,0
Fumante ou ex-fumante								
Sim	8	8,0	92	92,0	100	54,3	0,114	3,56(0,74 – 17,26)
Não	2	2,4	82	97,6	84	45,7	-	1,0
Antecedente de DST								
Sim	7	7,2	90	92,8	97	52,7	0,271	2,18(0,54 – 8,70)
Não	3	3,5	84	96,5	87	47,3	-	1,0
Historia anterior de NIC								
Sim	5	21,7	18	78,3	23	12,5	0,001	8,67(2,29 – 32,84)
Não	5	3,1	156	96,9	161	87,5	-	1,0
Dor em baixo ventre/ou RS								
Sim	4	10,3	35	89,7	39	21,2	0,148	2,65(0,71 – 9,90)
Não	6	4,1	139	95,9	145	78,8	-	1,0
Uso de TARV								
Não	1	2,7	36	97,3	37	20,1	0,425	0,43(0,05 – 3,47)
Sim	9	6,7	138	93,9	147	79,9	-	1,0
Linfócitos TCD4+/mm³								
< 200	2	6,1	31	93,9	33	17,9	0,979	1,29(0,25 – 6,71)
200 a 350	4	6,4	58	93,6	62	33,7	0,616	1,74(0,33 – 9,16)
> 350	4	4,5	85	95,5	89	48,4	-	1,0
C. trachomatis ** (n=183)								
Sim	4	8,9	41	91,1	45	24,6	0,254	2,15(0,58 – 8,0)
Não	6	4,3	132	95,7	138	75,4	-	1,0

*Exceto álcool e tabaco. **excluiu-se uma mulher por problemas com a amostra, DST = doença sexualmente transmissível. NIC= neoplasia intraepitelial cervical. TARV = terapia antirretroviral. HPV= papiloma vírus humano. RS=relação sexual. IC = intervalo de confiança.

Análise bivariada.

4.5.3 Fatores associados à lesão intraepitelial cervical de baixo grau (LIEBG)

Os resultados das análises que investigaram a relação entre a LIEBG e variáveis sociodemográficas, comportamentais, clínicas e laboratoriais das mulheres investigadas constam da Tabela 24.

Considerando-se as variáveis sociodemográficas, identificou-se maior prevalência de LIEBG entre as mulheres com menos de 30 anos em relação às de 30 a 49 anos e de 50 anos e mais (28,0% vs 10,9% vs 3,2%, $\chi^2=8,484$, $p=0,014$), aumentando em 12 vezes a chance deste agravo entre as primeiras [OR=11,7(IC95%:1,32–102,71)]. Da mesma forma, as mulheres com escolaridade igual ou superior a oito anos de estudo tiveram maior prevalência de LIEBG, do que as de menor escolaridade (17,5% vs 7,7%, $\chi^2=4,132$, $p=0,042$), demonstrando que escolaridade inferior a oito anos de estudo constituiu-se em fator de proteção para esta alteração [OR=0,39 (IC95%:0,16–0,99; $p=0,047$)]. Não houve associação entre LIEBG e cor da pele.

De acordo com as variáveis comportamentais investigadas, não houve diferença entre as mulheres com ou sem esta alteração grau quanto ao número de parceiros sexuais ao longo da vida e nos últimos 12 meses, uso de alguma droga, exceto álcool e tabaco, ingestão de bebida alcoólica duas ou mais vezes na semana e consumo anterior ou atual de tabaco.

Considerando-se antecedentes clínicos, as mulheres com e sem LIEBG não diferiram quanto à história anterior de DST e de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas.

Quanto aos achados do exame ginecológico, houve maior prevalência de LIEBG entre as mulheres que tinham ectopia no colo uterino, em relação às que não se detectou esta condição (25,9% vs 10,0%, $\chi^2=5,222$, $p=0,022$). Porém, não se comprovou o aumento da chance desta lesão precursora entre as mulheres com ectopia no colo uterino, na análise bivariada [OR=2,74(IC95%:1,0–7,52); $p=0,050$].

Quanto às coinfeções do trato genital inferior e alterações da microbota vaginal, observou-se que todas as mulheres com LIEBG estavam infectadas pelo HPV. Não houve associação desta alteração citológica com tricomoníase, cervicite clamidiana, candidose e vaginose bacteriana (dados não mostrados).

As mulheres com e sem LIEBG não diferiram quanto à utilização de terapia antirretroviral e nem, tampouco, ao *status* da contagem de linfócitos T CD4+.

Tabela 24. Associação entre lesão intraepitelial cervical de baixo grau e variáveis sociodemográficas, comportamentais, clínicas e laboratoriais de 184 mulheres vivendo com HIV/aids. Botucatu, 2008-2010.

Variáveis	Lesão de baixo grau				Total		P valor#	OR (IC 95%)
	Sim		Não		N	%		
	N	%	N	%				
Faixa etária								
< 30 anos	7	28,0	18	72	25	13,6	0,009	11,67(1,32-102,71)
30 a 49 anos	14	10,9	114	89,1	128	69,6	0,903	3,68 (0,47 - 29,14)
≥ 50 anos	1	3,2	30	96,8	31	16,8	-	1,0
Cor da pele								
Preta/parda	5	9,6	47	90,4	52	28,3	0,541	1,39(0,48 - 3,98)
Branca	17	12,9	115	87,1	132	71,7	-	1,0
< 8 anos de estudo								
Sim	8	7,7	96	92,3	104	56,5	0,047	0,39(0,16 - 0,99)
Não	14	17,5	66	82,5	80	43,5	-	1,0
Parceiros na vida								
Um	0	0,0	13	100,0	13	7,1	0,956	-
2 - 4	6	9,7	56	90,3	62	33,7	0,959	0,62(0,23 - 1,68)
≥ 5	16	14,7	93	85,3	109	59,2	-	1,0
Parceiros últimos 12 meses								
Nenhum	4	9,1	40	90,9	44	23,9	0,425	0,52(0,12 - 2,31)
Um	14	12,2	101	87,8	115	62,5	0,993	0,73(0,22 - 2,43)
≥ 2	4	16,0	21	84,0	25	13,6	-	1,0
Uso de alguma droga *								
Sim	2	10,0	18	90,0	20	10,9	0,776	0,80(0,17 - 3,71)
Não	20	12,2	144	87,8	164	83,1	-	1,0
Uso álcool ≥ 2 vezes/semana								
Sim	2	8,7	21	91,3	23	12,5	0,608	0,67(0,17 - 3,08)
Não	20	12,4	141	87,6	161	87,5	-	1,0
Fumante ou ex-fumante								
Sim	10	10,0	90	90,0	100	54,3	0,374	0,67(0,27 - 1,63)
Não	12	14,3	72	85,7	84	45,7	-	1,0
Antecedente de DST								
Sim	11	11,3	86	88,7	97	52,7	0,786	0,88(0,36 - 2,15)
Não	11	12,6	76	87,4	87	47,3	-	1,0
Historia anterior de NIC								
Sim	3	13,0	20	87,0	23	12,5	0,864	1,12(0,30 - 4,13)
Não	19	11,8	142	88,2	161	87,5	-	1,0
Ectopia (n=171)**								
Sim	7	25,9	20	74,1	27	16,2	0,050	2,74(1,0 - 7,52)
Não	14	10,0	126	90,0	140	83,8	-	1,0
Uso de TARV								
Não	6	16,2	31	83,8	37	20,1	0,375	1,58(0,57 - 4,38)
Sim	16	10,9	131	89,1	147	79,9	-	1,0
Linfócitos TCD4+/mm³								
< 200	6	18,2	27	81,8	33	17,9	0,502	2,32(0,79 - 6,84)
200 a 350	8	12,9	54	87,1	62	33,7	0,345	2,61(0,82 - 8,33)
> 350	8	9,0	81	91,0	89	48,4	-	1,0

*Exceto álcool e tabaco, **excluíram-se 17 mulheres sem colo uterino,***excluíram-se uma mulher por problemas com a amostra, DST = doença sexualmente transmissível. NIC=neoplasia intraepitelial cervical. TARV = terapia antirretroviral. HPV= papiloma vírus humano. # Análise bivariada.

A análise multivariada realizada por meio de modelo de regressão logística, também, apontou a variável faixa etária, na categoria de mulheres menores que 30 anos, como importante fator associado à lesão de baixo grau (OR=6,20; IC 95%:0,66 - 58,13;

p=0,041. De modo diferente, as variáveis baixa escolaridade e ectopia no colo uterino perderam a significância estatística (Tabela 25).

Tabela 25. Resultados das análises de regressão logística bivariada e multivariada entre variáveis selecionadas e presença de lesão intraepitelial cervical de baixo grau. Botucatu, 2008 - 2010.

Variáveis	Análise Bivariada			Análise Multivariada		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Faixa etária						
< 30 anos	11,67	1,32 – 102,7	0,009	6,20	0,66 – 58,13	0,041
30 a 49 anos	3,68	0,47 – 29,14	0,903	2,09	0,25 – 17,34	0,782
≥ 50 anos	1,0	-	-	1,0	-	-
< 8 anos de estudo						
Sim	0,39	0,16 – 0,99	0,047	0,43	0,16 – 1,15	0,093
Não	1,0	-	-	1,0	-	-
Ectopia						
Sim	2,74	1,0 – 7,52	0,050	2,26	0,78 – 6,57	0,133
Não	1,0	-	-			

4.6 REPRODUÇÃO, SEXUALIDADE E HIV/AIDS

4.6.1 Reprodução na vivência do HIV/aids

Foram investigados os seguintes aspectos relativos à reprodução: paridade após o diagnóstico da infecção pelo HIV, desejo atual de ter filhos e métodos anticoncepcionais utilizados.

Após o diagnóstico da infecção pelo HIV, 74,5% (139/184) das mulheres não tiveram filhos, 21,2% (39/184) tiveram um filho, 3,8% (7/184) dois e 0,5% (uma) três filhos.

A maioria das mulheres investigadas (70,1%) não desejava mais ter filhos, 29,4% (54/184) delas mantinham o desejo de engravidar e uma (0,5%) não havia se definido a esse respeito.

A investigação sobre o uso de métodos anticoncepcionais revelou que os métodos de escolha das mulheres investigadas, anteriores ao diagnóstico da infecção pelo HIV/aids eram, predominantemente, os hormonais (35,9%) e a laqueadura (14,1%), sendo que 60

(32,6%) não utilizavam quaisquer métodos. O preservativo foi referido por apenas 18 (9,8%) mulheres (Tabela 26).

Os métodos contraceptivos mais utilizados pelas mulheres investigadas após o diagnóstico da infecção pelo HIV foram o preservativo (30,9%), a laqueadura (25,0%) e a associação de ambos (19,1%) (Tabela 26).

Observou-se redução de 4,8 vezes no uso dos anticoncepcionais hormonais e 4,5 vezes a não utilização de qualquer contraceptivo, ao passo, que aumentou em 6,4 vezes o uso do preservativo, em 3,1 vezes a laqueadura e em 8,3 vezes o uso de métodos combinados.

Tabela 26. Métodos contraceptivos utilizados por mulheres vivendo com HIV/aids, segundo período de conhecimento da soropositividade em relação ao HIV. Botucatu, 2008 – 2010.

MÉTODO CONTRACEPTIVO	Período de conhecimento da soropositividade em relação ao HIV			
	Anterior n= 184		À inclusão no estudo n= 136	
	N	%	N	%
Hormonal	66	35,9	2	1,4
Nenhum	60	32,6	10	7,3
Laqueadura	26	14,1	34	25,0
Preservativo	11	6,0	42	30,9
Histerectomia	7	3,8	1	0,7
DIU	3	1,6	0	0,0
Tabelinha	2	1,1	1	0,7
Menopausa	1	0,5	2	1,4
Vasectomia	1	0,5	1	0,7
Preservativo + Hormonal	5	2,7	9	6,6
Preservativo + Tabelinha	2	1,1	0	0,0
Preservativo + Laqueadura	0	0,0	26	19,1
Preservativo + Histerectomia/ menopausa	0	0,0	6	4,4
Preservativo + Vasectomia	0	0,0	2	1,4
Total	184	100,0	136	100,0

DIU=dispositivo intra-uterino

4.6.2 Sexualidade na perspectiva de mulheres vivendo com HIV/aids

A análise quantitativa dos depoimentos das mulheres investigadas mostrou que 71,2% (131/184) delas referiram mudanças na vida sexual relacionadas ao conhecimento de sua condição sorológica positiva em relação ao HIV.

A inatividade sexual foi uma das mudanças ocorridas, uma vez que, 93,5% (172/184) das mulheres referiram vida sexual ativa anterior ao conhecimento de seu *status* sorológico em relação ao HIV e 76,1% (140/184) a mantiveram após a confirmação da soropositividade, considerando-se os 12 meses anteriores à inclusão no estudo. Observou-se, portanto, diminuição em 17,4% (32/184) nas mulheres que se declararam ativas sexualmente.

Com relação ao desejo sexual, a metade das mulheres (92/184) referiu diminuição ou ausência deste e cinco (2,7%), melhora nesse aspecto da sexualidade.

Entre as 136 mulheres que referiram vida sexual ativa, nos seis meses que antecederam à inclusão no estudo, foi investigada a ocorrência de mudanças relacionadas ao conhecimento da soropositividade em relação ao HIV, na frequência de relações, no prazer e no tipo de prática sexual, assim como, verificou-se a frequência e o tipo de prática sexual, naquele momento. Tais resultados estão apresentados na Tabela 27.

Parcela considerável de mulheres (46,6%) relatou diminuição na frequência de relações sexuais, assim como, impacto negativo no prazer sexual (36,8%) e mudanças nas práticas sexuais (24,3%). A prática sexual mais abandonada foi o sexo oral, seja quando a mulher era receptiva (19,1%), ou quando o homem era receptivo (16,9%).

Quanto à frequência das relações sexuais no momento da inclusão no estudo, observou-se que a maioria das mulheres (52,2%) mantinha relações pelo menos uma vez na semana e 20 (14,7%), apenas, eventualmente.

A totalidade das mulheres investigadas mantinha relações vaginais, sendo esta prática exclusiva para a maioria delas (74/136) ou combinada com sexo oral e/ou anal para as outras 60 (45,6%).

Tabela 27. Distribuição das 136 mulheres infectadas pelo HIV com atividade sexual, segundo ocorrência de mudanças relacionadas à infecção pelo HIV/aids em aspectos selecionados da sexualidade, na época da entrevista. Botucatu, 2011.

Variáveis	N	%
Mudança na frequência de relações sexuais		
Não	71	52,2
Diminuição	63	46,3
Aumento	2	1,5
Mudança no prazer sexual		
Não	81	59,5
Diminuição ou ausência	50	36,8
Melhorou	5	3,7
Mudança no tipo de contato sexual		
Não	103	75,7
Sim	33	24,3
Abandono da prática sexo oral – mulher é receptiva		
Não	108	79,4
Sim	26	19,1
Não respondeu	2	1,5
Abandono da prática sexo oral – homem é receptivo		
Não	111	81,6
Sim	23	16,9
Não respondeu	2	1,5
Abandono da prática sexo anal		
Não	114	83,8
Sim	20	14,7
Não respondeu	2	1,5
Frequência de relações sexuais à inclusão no estudo		
Diariamente	19	14,0
2 a 4 vezes por semana	38	27,9
1 vez por semana	33	24,3
1 a 2 vezes no mês	19	14,0
Eventualmente	20	14,7
Não respondeu	7	5,1
Prática sexual à inclusão no estudo		
Vaginal	74	54,4
Vaginal + oral mulher receptiva + oral homem receptivo	24	17,6
Vaginal + oral mulher receptiva + oral homem receptivo + anal	24	17,6
Vaginal + anal	5	3,7
Vaginal + oral homem receptivo	4	3,0
Vaginal + oral homem receptivo + anal	3	2,2
Não respondeu	2	1,5
Total	136	100,0

Outro aspecto da sexualidade que se buscou investigar foi o uso de proteção nas práticas sexuais. Para esta análise, consideraram-se os seis meses que antecederam a inclusão no estudo e o tipo de prática sexual adotada pela mulher.

A maioria (55,9%) das mulheres relatou uso consistente do preservativo na prática sexual vaginal, 27,1%, na prática de sexo oral, quando a mulher era receptiva, 38,2% quando o homem era receptivo e 68,7% na prática sexual anal. Desta forma, a prática sexual em que se observou maior frequência de uso consistente de preservativos foi a anal e a de menor frequência, a prática de sexo oral, quando a mulher era receptiva (Tabela 28).

Tabela 28. Distribuição das mulheres infectadas pelo HIV/aids, segundo uso consistente de preservativos nos diferentes tipos de prática sexual. Botucatu, 2011.

Uso consistente de Preservativos	N	%
Prática Vaginal (n=136)		
Sim	76	55,9
Não	60	44,1
Prática oral – mulher receptiva (n=48)		
Sim	13	27,1
Não	35	72,9
Prática oral – homem receptivo (n=55)		
Sim	21	38,2
Não	34	61,8
Prática anal (n=32)		
Sim	22	68,7
Não	10	31,3

Dentre as 60 mulheres que relataram uso inconsistente do preservativo, 70,0% (42/60) de elas referiram manter esse comportamento porque seus parceiros não gostavam de utilizá-lo, 8,3% (5/60) por não dar tempo de colocá-lo, no momento da relação sexual, 6,7% (4/60) elas próprias não gostavam de utilizar o preservativo, 6,7% (4/60) não conseguiam negociar o uso com seus parceiros e 3,3% (2/60) porque o parceiro era soroconcordante. Além dessas, outras justificativas foram apresentadas para o uso inconsistente do preservativo, como o parceiro ter dificuldade ou não conseguir ter ereção

com esse insumo, por conta de alergia ao látex e não saber usar proteção quando recebia sexo oral. Ocorreram associações de razões para não utilização do preservativo.

Quanto ao uso do preservativo feminino, 80 (43,5%) mulheres referiram tê-lo utilizado em algum momento, porém, apenas 22 (11,9 %) mantinham seu uso regular. Destaca-se que 27 (14,7 %) mulheres relataram nunca tê-lo visto.

Quanto à dimensão subjetiva dos depoimentos colhidos junto a essas mulheres, a análise qualitativa possibilitou subdividi-los em dois temas: *Convivendo com a infecção pelo HIV* e *Relacionamento afetivo-sexual quando se é infectada pelo HIV*, os quais estão sumarizados a seguir, juntamente com os seus respectivos núcleos de sentido.

Tema 1: Convivendo com a infecção pelo HIV

- Eu não aceito a doença.
- Fui aceitando aos poucos.
- Levo minha vida como se nada tivesse acontecido.
- A aids me fez acordar para a vida!
- Tenho medo de morrer e deixar meus filhos.
- As pessoas não aceitam a doença.
- Encontrei apoio na família.
- A aids me aproximou de Deus.

Tema 2: Relacionamento afetivo-sexual quando se é infectada pelo HIV

- Eu tenho traumas que até hoje influenciam no sexo.
- A infecção pelo HIV dificulta iniciar um relacionamento.
- A gente tem relação, mas não é mais a mesma coisa.
- Tenho medo de passar o HIV e de pegar outras doenças.

- Meu marido tem dificuldades para ter relação.
- Tenho vergonha do meu corpo.
- Às vezes, a gente quer transar sem preservativo e não pode.
- Não gosto mais de sexo, porque foi assim que eu peguei a aids.
- É difícil manter o relacionamento.
- Minha vida sexual mudou só no começo, agora é normal.
- Minha vida sexual continuou normal.
- Dá para ser muito feliz!
- Passei a me valorizar no sexo.

Na sequência, detalham-se os núcleos de sentido exemplificados pelas respectivas unidades de registro, identificadas com o número da entrevistada (E1 a E184).

Tema 1: Convivendo com a infecção pelo HIV

Este tema incluiu os relatos das mulheres que contextualizaram e/ou correlacionaram sua sexualidade à convivência com a infecção pelo HIV/aids. Neste tema, foram identificados oito núcleos de sentido, detalhados a seguir, com as respectivas unidades de registro.

- **Eu não aceito a doença.**

Algumas mulheres relataram não aceitar o fato de terem aids ou estarem infectadas pelo HIV, apontando que essa condição causou estagnação em suas vidas:

“Mudou tudo. Eu parei ali. Tomo os remédios. Vivo no meu mundinho. Faz dez anos e eu não consigo encarar”. (E126)

“Quando descobri minha doença, me senti um lixo. A vida já não tinha mais sentido. Meu sonho de felicidade morreu ali. Não tenho mais ânimo”. (E11)

- **Fui aceitando aos poucos.**

Outras mulheres relataram que a aceitação da doença ou da condição de ter a infecção pelo HIV se deu de forma processual, com as dificuldades sendo superadas ao longo do tempo:

“Hoje eu aceito, mas sei que ela está aqui dentro. Foi escada para mim, eu estou subindo dia a dia. O sofrimento foi um aprendizado”. (E90)

“...a doença, nós aprendemos a conviver com ela”. (E68)

“Achei que era o fim do mundo pra mim, durou uns sete ou oito anos. Depois, fui melhorando a minha cabeça. Tinha falta de conhecimento. Vinha o Cazuza na minha cabeça e eu me imaginava assim... Hoje em dia, a gente tem tratamento à disposição e de graça, orientação, preservativo, os médicos atendem a gente sem preconceito, pelo menos aqui”. (E90)

Para algumas mulheres a negação da doença transpareceu pela não adesão ao tratamento medicamentoso. Por outro lado, como consequência, a piora clínica, manifestada pelos indicadores laboratoriais – contagem de linfócitos TCD4+ e carga viral plasmática do HIV – funcionou como motivador para a mudança de atitude em relação à aceitação:

“Acho que agora minha ficha está caindo. Já tive depressão. Agora vi que minha doença é séria. Minha carga viral está sete mil, o CD4 quase 200. Faz só uma semana que voltei tomar os remédios. Tinha abandonado o tratamento. Fiquei um ano sem tomar”. (E69)

- **Levo minha vida como se nada tivesse acontecido.**

Este núcleo de sentido relaciona-se aos relatos das mulheres que manifestaram não ter havido mudança na vida por conta da aids, demonstrando aceitação da doença e que esta era lembrada, apenas, quando se tomava o remédio ou se vinha ao hospital para seguimento clínico:

“O HIV pra mim é mesma coisa que eu tivesse uma pressão alta. Nem me lembro que tenho. Só lembro quando venho aqui. Levo minha vida como se nada tivesse acontecido. Se eu tivesse que escolher entre a aids e o câncer, eu escolheria ter aids”. (E163)

“Eu nem penso na doença, só quando tomo remédio é que lembro”.
(E34)

- **A aids me fez acordar para a vida!**

Outras mulheres reconheceram que a aids mudou positivamente sua vida, funcionando como algo que a transformou significativamente, dando um novo sentido à mesma:

“Minha vida mudou. A aids me fez acordar para a vida! Mudou meu modo de viver, de pensar. Hoje dou mais valor para a vida”. (E14)

“Hoje eu ponho limite em tudo. Eu sou mais feliz hoje do que quando eu não tinha aids. Hoje, eu tenho mais amor por minhas crianças...” (E37)

“Tudo na minha vida mudou para melhor. Eu valorizo pequenas coisas. Para mim foi um chaqualhão. Agora dou valor para minha vida”. (E39)

“Agora estou mais madura, só cresci com a doença. Me tornei uma pessoa melhor”. (E158)

Destaca-se que, apesar do reconhecimento de que a aids as tornou pessoas melhores, ficou evidente nos discursos da maior parte das entrevistadas que este foi um processo bastante doloroso:

“Minha vida mudou muito. A preocupação da vida, do dia-a-dia. Na época que descobri, não tinha remédio, achava que ia morrer. Estar com aids foi de certa forma um remédio para eu me valorizar. Aprendi pela dor e não pelo amor. A doença foi um mal necessário, deu 380° na minha vida. Hoje, eu dou mais importância para mim mesma. Descobri que amor próprio é uma coisa maravilhosa”. (E50)

- **Tenho medo de morrer e deixar meus filhos.**

Mostrando coerência com o núcleo de sentido anterior, este núcleo revela a preocupação manifestada por algumas mulheres, de morrer e de deixar seus filhos:

“Eu me preocupo em usar o preservativo, em tomar os remédios, porque já passei por muita coisa. Quase morri. Agora eu tive o G. e tenho que cuidar dele”. (E136)

- **As pessoas não aceitam a doença.**

A não aceitação da doença pelas pessoas que conviviam com as depoentes foi relatada por, praticamente todas, referindo-se ao preconceito e conseqüente discriminação que grande parte da sociedade manifesta, em relação às pessoas infectadas pelo HIV. Algumas mulheres relataram vivências nesse sentido, apontando-as, como causa de grande sofrimento:

“Passei por muitos preconceitos, principalmente no local onde eu trabalhava. Não aguentei e saí. Vi quem eram meus amigos e quem não era”. (E65)

“A rejeição foi a pior coisa que já passei na vida”. (E96)

Relacionado a esse núcleo de sentido, destaca-se a constatação de uma das mulheres:

“O preconceito é muito pior que a doença”! (E131)

- **Encontrei apoio na família.**

Algumas mulheres relataram que o apoio de familiares auxiliou no processo de aceitação da doença, assim como, na adesão ao tratamento:

“Minha família foi importante”. (E50)

“Meu filho mais velho começou a falar comigo que eu tinha que tomar o remédio e até agora eu tomo”. (E70)

- **A Aids me aproximou de Deus.**

A aids foi vista, por algumas mulheres, como uma oportunidade para conhecimento ou aproximação de Deus. Outras a interpretaram como uma provação imposta por Deus, com a finalidade de levá-las ao desenvolvimento pessoal:

“Foi através da aids que eu descobri o que é vida. Hoje eu sei falar com Deus. Ele me deu uma segunda chance, uma oportunidade através do HIV. Hoje sou mais feliz do que eu era antes”. (E160)

“Deus manda muitas provações, a gente precisa saber entender. Por isso amadureci muito”. (E65)

TEMA 2: Relacionamento afetivo-sexual quando se é infectada pelo HIV

Este tema reuniu os relatos que se referiram às vivências e sentimentos, relacionados à vida afetivo-sexual.

- **Eu tenho traumas que até hoje influenciam no sexo.**

Vários relatos apontaram acontecimentos que foram muito significativos na vida das depoentes como abandono, prostituição, traição, desamor, violência sexual, dentre outros, percebidos como traumas ainda não superados, que influenciavam diretamente na vida sexual atual, conforme exemplificado nos seguintes depoimentos:

“Antes eu não podia ver homem, agora é muito difícil, perdi o tesão. Não sinto mais vontade. Eu faço mesmo com ele porque ele fica na minha cabeça. Porque eu já quebrei muito a cara, desde os doze anos. Fugi de casa, dormi na rua, bebi na praça, já me prostitui. Não sei, acho que é por tudo que já passei”. (E107)

“Eu penso que não tive sorte no casamento. O primeiro marido morreu de acidente, o segundo me traiu e o terceiro me passou a aids. Eu já sofri muito, agora chega, é melhor ficar sozinha”. (E77)

“Nunca mais vai ser a mesma coisa, porque para mim casamento tem que ter fidelidade – é aquilo que você jurou no altar. Caso contrário, estaria traindo meu Jesus. Na hora H, vem o filme na minha cabeça: Com quantas mulheres ele já transou? Ele me falou: - ‘O que pintava na rede era peixe’ e nunca usou camisinha”. (E2)

“Eu já era fria de natureza... Eu tenho nojo da ejaculação, agora, piorou. Eu não tenho vontade nenhuma, eu faço por obrigação. Eu gosto de beijo, abraço, mas de sexo eu não gosto. Toda vida fui assim. Sabe, meu irmão mais velho mexeu comigo quando eu tinha nove anos. Só lembro da meleca na minha perna”. (E102)

A temática da violência sexual e/ou doméstica foi trazida por várias mulheres como um trauma sofrido no passado, sendo que para algumas, essa vivência ainda era presente:

“Quando ele usa droga, ele me pega a força, sinto muita dor, às vezes até sangra, mas eu tenho muito medo dele, tenho medo que me mate”. (E103)

- **A infecção pelo HIV dificulta iniciar um relacionamento.**

Este núcleo de sentido emergiu dos relatos sobre as diversas dificuldades percebidas pelas mulheres investigadas para iniciar um novo relacionamento. Dentre essas dificuldades, destacou-se a manifestação de rejeição do parceiro quando se explicitava a condição de infectada pelo HIV:

“Antes ninguém tinha medo nem preconceito na relação. Hoje em dia todos têm. Os rapazes têm medo de pegar e se afastam de mim. Acho que não dá certo namorar mais, pois eles descobrem que eu tenho aids e terminam”. (E74)

“Numa certa ocasião, um homem me mandou recado que queria se encontrar comigo. Saímos e fomos num barzinho. Aí, ele veio com as cantadas... Depois, ele quis me beijar, eu beijei. Aí, entrei na conversa e perguntei o que ele faria se uma mulher que lhe interessasse tivesse aids e ele falou que cairia fora. Falei pra ele: - Você acabou de beijar uma!” (E38)

Tendo por base vivências de rejeição ou a percepção dessa possibilidade, muitas mulheres referiram ter muita dificuldade em revelar que são portadoras do HIV ao iniciar um relacionamento. Esta revelação constituía-se em dilema para elas, pois, se de um lado não desejavam ficar contando sua condição de infectadas, por temerem a rejeição e a divulgação dessa informação para outras pessoas, por outro, não achavam correto ter um relacionamento íntimo, sem que a pessoa não estivesse ciente de sua condição:

“Você para pra pensar que você pode se envolver com a pessoa e aí vem a questão: não consigo me relacionar sem contar e tenho medo de contar e o cara me rejeitar”. (E128)

Para algumas, este dilema se apresentava, apenas, quando havia envolvimento sentimental:

“Evito fazer sexo, porque tenho medo de me envolver sentimentalmente e ter que falar o que eu tenho”. (E10)

Outra dificuldade intensamente ressaltada foi em relação ao medo de transmitir o HIV ao parceiro, especialmente, por temer que esse não quisesse fazer uso de proteção durante a relação sexual, como exemplifica o relato:

“A gente tem medo da pessoa não querer usar o preservativo e, também, de passar a doença. Saber que a pessoa está doente por sua causa, não entra na minha cabeça”. (E29)

Os depoimentos abaixo sintetizam as dificuldades referidas para iniciar um relacionamento, razões pelas quais várias mulheres referiram que se mantinham sem atividade sexual, sendo que algumas declararam não querer mais ninguém.

“Eu penso que não preciso mais de sexo, deixa pra lá... Por que eu me preocupo, tenho medo de transmitir a doença para o meu parceiro ou dele ficar doente. Também, às vezes, por falta de parceiro, porque se (você) sai com uma pessoa e não vai falar para todo mundo o que você tem. E se essa pessoa sai falando para todo mundo? Tem muito preconceito. O medo e a preocupação... você não tem vontade!” (E95)

“Não tenho vida sexual, porque tenho medo de passar a infecção para outra pessoa. Tenho receio de contar. Não acho certo iniciar um relacionamento e não contar, e também, não quero ficar contando pra todo mundo”. (E134)

Razões ligadas à religião, também, foram apresentadas por algumas mulheres para não desejarem mais ter relacionamentos amorosos:

“Desde 1999, não tenho interesse por ninguém. Agora estou estudando a bíblia, vou me batizar Testemunha de Jeová. Após ter feito o estudo bíblico, isso fechou de vez. Não quero mais ninguém”. (E38)

Para além do fato de não ter mais vida sexual ativa, o depoimento abaixo explicita a negação da sexualidade:

“Eu me fechei pra mim mesma como mulher, não tive mais relação após ter descoberto a infecção. Tenho medo de sofrer preconceito, de ser desapontada, de ter que usar preservativo, pois nunca usei”. (E115)

Ainda referindo-se a este mesmo núcleo de sentido, foi possível identificar que algumas mulheres sentiam solidão, desejavam ter um companheiro, porém manifestaram insegurança para iniciar um relacionamento:

“Sinto solidão. Me faz falta um companheiro, mas tenho medo de arrumar alguém e que ele fique comigo por pena, ou por interesse no que eu tenho, que queira se encostar e não olhar para mim. Por isso, eu praticamente me fechei”. (E11)

- **A gente tem relação, mas não é mais a mesma coisa.**

Por outro lado, muitas mulheres referiram manterem-se ativas sexualmente após o conhecimento de que estavam infectadas com o HIV, porém declararam que o relacionamento sexual não acontecia mais da mesma forma. Os depoimentos denotaram, ainda, que houve perda ou diminuição do desejo sexual, redução na frequência de relações, alteração no prazer e na forma de praticar o ato sexual:

“Agora a gente tem relação, mas não é mais a mesma coisa... É arroz com feijão... Antes quando ele chegava de viagem eu era muito carinhosa. O pega era bom! Agora travou...” (E2)

“A frequência é menor, não tenho mais pique. As posições também mudaram”. (E4)

“Eu não tenho mais desejo, vontade. Eu perdi o ânimo”. (E83)

“A gente não tem mais aquele prazer”. (E41)

“Não beijo mais, não faço mais sexo oral e nem anal”. (E72)

“A gente fica meio assim.. Não faz mais sexo com aquela liberdade”. (E84)

Ressalta-se o fato de que várias mulheres que declararam não ter desejo sexual referiram manter relações por obrigação ou para satisfazerem seus parceiros:

“Eu dei uma esfriada. Se eu fico com ele não é porque tenho vontade, é mais para satisfazer ele”. (E18)

- **Tenho medo de passar o HIV e de pegar outras doenças**

Várias foram as razões apresentadas pelas mulheres para as mudanças ocorridas na vida sexual após o conhecimento da soropositividade para o HIV. Dentre essas, destacou-se a preocupação de passar a infecção para seus parceiros, quando se tratava de casais sorodiscordantes, ou mesmo de adquirirem outras DST.

“Eu não fico mais à vontade, eu acho que vai estourar a camisinha e que vou passar a infecção pro meu parceiro. Não faço mais sexo oral e nem deixo fazer ne mim”. (E129)

“Minha vida sexual mudou completamente, porque hoje tenho medo de contrair outro tipo de doença que me leve à morte e, também, de estar transmitindo. O que eu não quero para mim, não quero para os outros”. (E50)

“Quando a gente passa um pouquinho na relação (referiu-se ao sexo anal), vem a culpa. Tenho medo de contaminar ele”. (E73)

“Tem dia que fico nervosa, não quero que ponha a mão em mim. No momento, tenho medo de pegar o condiloma que ele tem”. (E47)

Destaca-se o fato de que várias mulheres relataram sentirem-se inseguras quanto à transmissibilidade do HIV, mesmo com o uso do preservativo. Algumas questionaram:

”Será que a camisinha é confiável?” (E83)

Outras manifestaram:

“Tenho medo que estoure”. (E171)

Ainda relacionado a este núcleo de sentido, algumas mulheres cujos companheiros também eram infectados pelo HIV, manifestaram preocupação com a reinfecção:

“Tenho medo da troca de vírus, porque meu exame dá melhor que o dele. O organismo dele é mais fraco que o meu. Tenho medo dele se contagiar mais”. (E16)

“Tenho medo de me prejudicar mais, porque ele já toma remédio e eu não”. (E66)

- **Meu marido tem dificuldades para ter relação.**

Outro motivo apontado para as mudanças na vida sexual após o diagnóstico da infecção pelo HIV foi relacionado à perda ou diminuição da potência do parceiro, referida como consequência da aids ou da terapia antirretroviral:

“Eu tenho desejo, mas meu companheiro não consegue fazer nada, tá impotente desde 2000, faz sete anos. Acho que é por causa da doença ou dos remédios”. (E63)

- **Tenho vergonha do meu corpo.**

Algumas mulheres referiram sentir vergonha do corpo, em função das alterações causadas pelos antirretrovirais, influenciando negativamente sua autoimagem e, por consequência, na sexualidade:

“Minha vida sexual mudou muito. Eu acho que isso é por causa da mudança no meu corpo. O seio diminuiu, a cintura aumentou, a bunda, a perna e a coxa diminuíram e as costas aumentaram, ficou costa de homem”. (E4)

- **Às vezes, a gente quer transar sem preservativo e não pode.**

O uso do preservativo constituiu-se para algumas mulheres em barreira para realização de determinadas práticas sexuais, outras consideravam trabalhoso e, outras, manifestaram que havia momentos em que desejavam relacionar-se sem este insumo de proteção:

“É bem diferente agora. Não é mais a mesma coisa. Muita coisa não se pode fazer. Às vezes, a gente quer transar sem preservativo e não pode”. (E42)

“Não faço mais sexo oral porque acho estranho por a camisinha”. (E49)

- **Não gosto mais de sexo, porque foi assim que eu peguei a aids.**

Algumas mulheres relataram não gostar mais de se relacionarem sexualmente, uma vez que foram infectadas por esta via de transmissão:

“Se eu pudesse não transar eu não transaria mais. Penso que se eu não tivesse feito sexo eu não teria pegado a doença. Eu dei uma boa desanimada, não gosto mais de fazer sexo”. (E151)

- **É difícil manter o relacionamento.**

Este núcleo de sentido reuniu depoimentos que retrataram os problemas advindos com a condição de soropositividade pelo HIV que, claramente, afetaram os relacionamentos amorosos das entrevistadas. Essas declararam que foram abandonadas por seus companheiros após o conhecimento do diagnóstico da infecção pelo HIV, ou mesmo se separam por conta das pressões morais sofridas:

“Quando contei que tinha aids pro meu parceiro, ele não quis mais ficar comigo. Ele é muito preconceituoso e a família dele também”. (E57)

“Me separei... Meu marido me ofendia muito, me cobrava as coisas. Falou pra mim: - Você tentou me matar!” (E8)

Outras mulheres, apesar de manterem-se no relacionamento, relataram descontentamento com atitudes dos seus parceiros que denotavam preconceito, demonstrando que se sentiam diminuídas na relação:

“Meu marido fala para mim que não me largou porque tem dó, pena de mim. Me sinto muito diminuída”. (E4)

“... ele joga na cara da gente que tenho aids, ele tem muito preconceito”. (E88)

Por outro lado, algumas mulheres manifestaram comportamento autodepreciativo por serem infectadas pelo HIV, assumindo uma posição de inferioridade no relacionamento:

“Tenho medo de contaminar ele. Eu falo para ele arrumar outra pessoa que seja sadia”. (E73)

Entre as participantes do estudo, algumas se sentiam culpadas pelo fato de seus companheiros terem sido infectados por elas, mesmo que esses tivessem feito a opção de não se protegerem com o preservativo, como bem explicita o relato a seguir:

“Quando a gente começou a ficar junto ele já sabia, e mesmo assim, não quis usar a camisinha. Agora, ele tem também, eu fico chateada, mas ele fala: - Eu entrei nessa porque eu quis. Acima de tudo a gente se ama”. (E103)

A dificuldade de negociação do uso do preservativo foi reiterada por várias mulheres, tanto entre os casais sorodiscordantes ou com condição sorológica do parceiro ignorada, quanto entre os soroconcordantes:

“Eu fico com um pé atrás. Ele não quer usar camisinha e, também, não quer vir aqui no hospital testar. Se pelo menos ele fizesse o exame, a gente ia saber. Tenho medo de passar pra ele a infecção”. (E76)

“No começo que descobri a doença, fiquei uns cinco anos tendo relação sem camisinha. Ele gozava fora ou colocava só na hora. Então, começaram as brigas, porque ele não queria usar. Ficamos dois anos sem transar”. (E2)

Outro aspecto percebido por várias mulheres, como influenciando negativamente o relacionamento conjugal, foi o fato de seus parceiros, embora cientes de sua condição de soropositividade, não as terem informado, gerando sentimentos como decepção, mágoa, raiva e repulsa:

“Desaba o mundo na cabeça da gente, foi uma decepção muito grande. Ele descobriu e não me contou, vim saber só quando ele tava internado. Abalou tudo ... O amor...”. (E89)

“Eu sinto nojo de fazer alguma coisa com ele. Ele já sabia que tinha e não me falou, fiquei muito magoada. Lembro tudo que aconteceu, vai me dando nervoso. Entrei em depressão”. (E165)

Sentimentos semelhantes foram, também, manifestados por parte das mulheres em relação à percepção de terem sido traídas por seus companheiros. Para outras, esta questão ainda era duvidosa, gerando insegurança:

“Hoje eu tenho nojo, porque ele saiu com outras mulheres. Perdi a vontade de transar com ele”. (E142)

“Fiquei meio cismada. Se puder evitar, eu evito. Não sei de onde surgiu essa doença dele”. (E111)

Apesar das dificuldades de relacionamento geradas pela traição de seus companheiros e pela dificuldade de negociação do preservativo, algumas mulheres relataram mantê-lo por vários motivos. Dentre eles, o medo de ficar desamparada emocionalmente, a conveniência econômica, por desejarem a preservação da integridade familiar e pela possibilidade de exercer sua sexualidade:

“Depois que eu descobri fiquei muito fria. Pra mim tanto faz. Na época que eu tinha fogo ele ganhava o mundo, Era muito farrista. Eu era fácil engravidar, encostava engravidava, aí ele não me procurava mais. Agora eu não sinto vontade. Uma vez ele veio em cima de mim me jogou no sofá... Ele fica muito irritado porque ele quer e eu não. Toda vez eu lembro do que passou. Eu ainda to com ele porque ele é bom dono de casa, cuida bem dos filhos e da casa. Não tenho confiança nele, não me sinto segura com ele”. (E60)

“Eu sei que eu preciso usar o preservativo, mas ele não quer. Tive que abrir mão, pois minha família não sabe o que eu tenho. Ou eu não usava a camisinha ou perderia meu casamento”. (E58)

“Estou casada com o mesmo homem que me contaminou. Permaneci com ele porque quero viver o ser mulher...”. (E158)

Por outro lado, poucas mulheres relataram viver com a preocupação de manter um relacionamento sem ter, ainda, revelado sua soropositividade para o HIV a seus parceiros:

“Vivo preocupada, porque ainda não contei pro meu companheiro o que eu tenho”. (E118)

- **Minha vida sexual mudou só no começo, agora é normal.**

Outras mulheres relataram que apresentaram alterações ou dificuldades na vida sexual apenas na fase inicial, após o conhecimento da soropositividade para o HIV. Com o passar do tempo, esse aspecto de suas vidas, foi ficando normal:

“Mudou só no começo, que eu não queria mais. Tinha horror a sexo. Agora é normal”. (E90)

“No começo, fiquei meio assustada. Mas agora é tudo normal. Não fez diferença nenhuma”. (E35)

“A princípio fiquei com medo. Achei que ninguém ia me querer, mas só me relacionei com parceiros soronegativos. Eu sempre falo quando percebo que vai rolar e nunca fui rejeitada”. (E39)

Destaca-se que as mulheres com diagnóstico recente da infecção pelo HIV, relataram diminuição ou ausência de relações sexuais, por acreditarem que não se sentiriam bem ou que seria difícil ter um relacionamento:

“Estou há seis meses sem ninguém e fico pensando que será muito difícil ter alguém. No momento, nem pensar” (E125)

“Ainda não tive relações. Eu acho que não vou me sentir bem”. (E176)

- **Minha vida sexual continuou normal.**

Diferindo dos depoimentos apresentados nos núcleos de sentido anteriores, várias mulheres afirmaram que nada mudou na vida sexual, após terem sido diagnosticadas com a infecção pelo HIV ou aids:

“Não mudou nada, continuou tudo normal. Se antes eu tinha medo de ser contaminada com alguma coisa, sífilis, essas coisas, passei a não ter mais. Aí é que eu aproveitei. Não tinha mais nada a perder. Meu parceiro também tinha. Aí você não tem mais medo de nada. Agora, estou viúva e sem parceiro”. (E33)

“Não mudou nada. É bom da mesma forma... tenho fogo, muito desejo”. (E10)

“Não mudou nada, continuou tudo igual. Não procuramos saber quem pegou de quem”. (E166)

- **Dá para ser muito feliz!**

Este núcleo de sentido referiu-se aos depoimentos que retrataram que houve melhora na vida sexual, que esta pode ser satisfatória, criativa e feliz:

“Minha vida sexual melhorou do que era antes. Você tem que usar a criatividade, a imaginação. Dá para ser muito feliz”! (E65)

“Acho que agora está melhor, a gente tá mais madura e sabe desfrutar melhor”. (E93)

Uma das mulheres investigadas relatou a seguinte estratégia para satisfação sexual:

“Tenho desejo. Para me satisfazer eu uso um vibrador. Com ele consigo ter vários orgasmos e não dependo de homem. Tenho vontade de ensinar isso para as outras mulheres, elas não precisam de homem para ter prazer”. (E72)

- **Passei a me valorizar no sexo.**

Finalizando, este último núcleo de sentido referiu-se aos relatos que denotaram que a aids ou a infecção pelo HIV fez com que as mulheres passassem a se valorizar na relação, impondo suas escolhas e, especialmente, adotando posturas ativas quanto à proteção no ato sexual:

“O tratamento foi uma escola para mim. Aí, resolvi que tinha que gostar mais de mim do que dele e agora se quiser, só de camisinha”. (E2)

“Tenho mais cuidado com as pessoas e comigo mesma. Antes eu era vulgar, inconsequente nas minhas relações”. (E158)

“Mudou todo ritmo da minha vida e até para o sexo. Eu acredito que mudou para o bem, porque antes eu fazia sexo sem camisinha. Como aconteceu com meu marido, eu, sabendo que ele mexia com droga, nunca pedi para ele colocar camisinha. Agora, sei que necessito da camisinha”. (E28)

“Para mim, agora, tem que ser muito especial, tem que significar. Ficar por ficar, não vale a pena”. (E123)

5. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos com esse estudo se referem ao conjunto das mulheres que faziam seguimento médico para a infecção pelo HIV no SAE/HD que se caracterizaram, nos aspectos sociodemográficos, por residirem em municípios do interior do Estado de São Paulo, com predominância de brancas, na faixa etária entre 30 a 59 anos, com união estável e baixo nível de escolaridade.

O fato de a população investigada ser proveniente de municípios do interior do estado, o diferencia da maioria dos demais estudos nacionais⁷⁴⁻⁷⁸ que retrataram contextos de mulheres vivendo com o HIV/aids residentes em grandes centros urbanos, revelando certos aspectos específicos a referida realidade, a seguir discutidos.

A análise do conjunto dos dados permitiu o reconhecimento de características, comportamentos e contextos que tornavam as mulheres vulneráveis à reinfecção pelo HIV, DST e outras afecções ginecológicas, compreendendo suas três dimensões inter-relacionadas: individual, programática e social⁵⁹.

Segundo Nichiata et al.⁷⁹, a vulnerabilidade na dimensão individual diz respeito à ação do indivíduo voltada à prevenção, diante de uma situação de risco. Envolve aspectos relacionados a características pessoais, ao desenvolvimento emocional, percepção do risco e atitudes voltadas à adoção de medidas de autoproteção, bem como atitudes pessoais frente à sexualidade, vivência da sexualidade e habilidade de negociar práticas sexuais seguras, dentre outros. Neste sentido, houve maior concentração de mulheres na faixa de 30 a 59 anos, diferindo dos dados nacionais² e estaduais⁸, que apresentam maior prevalência de casos femininos de aids notificados na faixa de 25 a 49 anos. A mediana de idade de 39 anos (18–67) mostrou ser superior à observada em estudo de Santos et al.⁷⁷ realizado entre mulheres vivendo com HIV/aids, das cinco regiões brasileiras e do Distrito Federal,

atendidas em serviços localizados em capitais ou municípios de grande porte, que foi de 34 anos (28–40).

A cor da pele, no presente estudo, apontou maior proporção de mulheres brancas (71,7%) e menor de pardas (14,7%) em comparação à observada entre as notificadas no Estado de São Paulo⁸, que variou de 52,1% a 58,3% entre as brancas e 20,9% a 27,9% entre as pardas, no período de 2004 a 2010. A mesma observação se faz em relação aos dados nacionais², que apontam percentual de mulheres brancas variando de 46,7% a 53,1% e de pardas de 31,5% a 39,4%, entre 2004 e 2011. A diferença pode se justificar em função da forma de coleta do dado, que neste estudo foi autorreferida, sendo que os dados oficiais se utilizam da informação, muitas vezes, obtida por referência de um profissional. Além disso, deve-se ressaltar que na região onde se realizou o presente estudo, há maior proporção de indivíduos brancos, demonstrando diferenças étnicas no país.

A média de idade de início da atividade sexual foi de 17,1 anos, superior à observada na pesquisa nacional de opinião sobre comportamento sexual e percepções da população sobre HIV/aids, realizada em 2005⁸⁰, que foi de 15,3 anos entre as meninas. Entretanto, 19,8% das mulheres investigadas tiveram coitarca precoce, ou seja, com idade inferior à média da idade nacional de iniciação sexual, fator que imprime maior vulnerabilidade para a infecção pelo HIV⁷⁶.

Com relação ao número de parceiros sexuais ao longo da vida, a maioria das mulheres (59,2%) teve cinco ou mais parceiros e apenas 7,1% parceria única. Esses dados diferem dos achados da pesquisa de Santos et al.⁷⁷ que reportou percentual menor de mulheres (32,1%) com quatro ou mais parceiros e muito maior (32,3%) daquelas com único parceiro sexual na vida. Da mesma forma, observou-se maior proporção de mulheres com cinco ou mais parceiros do que o relatado em pesquisas anteriores^{55,57} realizadas com

mulheres, atendidas em grandes centros de referência para o HIV/aids, localizados nos municípios de São Paulo e Santos, no Estado de São Paulo.

Em relação ao número de parceiros sexuais no ano anterior à entrevista, observaram-se no presente estudo, 2,6 vezes mais mulheres com mais de um parceiro, em relação ao verificado em estudo de base populacional⁸¹ para todas as regiões do país e, 2,3 vezes mais, em relação ao Estado de São Paulo⁸¹. Constatou-se, assim, maior multiplicidade de parceiros sexuais entre as mulheres investigadas, importante aspecto de vulnerabilidade ao HIV e às DST.

As mulheres que praticam sexo em troca de dinheiro ou drogas e aquelas que fazem uso de drogas são reconhecidas como grupo vulnerável à infecção pelo HIV e DST, no plano político e programático^{58,82} de enfrentamento da feminização da epidemia de aids. No presente estudo, observou-se proporção maior de mulheres que praticaram sexo em troca de dinheiro ou drogas (10,3%) em algum momento da vida, do que a observada no estudo de Santos et al.⁷⁷ e semelhante ao estudo realizado com 76 mulheres infectadas pelo HIV por Brito et al., em Fortaleza (CE)⁷⁸.

Quanto ao consumo de drogas ilícitas, nos 12 meses que antecederam à inclusão no estudo, as mais utilizadas foram maconha (8,2%) e *crack* (7,1%), sendo que o consumo de alguma droga foi relatado por 10,9% das mulheres. A proporção de uso de pelo menos uma droga ilícita obtida na presente investigação foi duas vezes superior à observada por Santos et al.⁷⁷ entre mulheres vivendo com HIV/aids e aos achados de inquérito de base populacional, de abrangência nacional⁸³ sobre consumo de álcool e drogas, realizado em 2005, entre mulheres, cujo *status* sorológico em relação ao HIV era desconhecido.

O consumo diário de álcool pelas mulheres investigadas na presente pesquisa foi de 6,5%, percentual superior ao reportado no inquérito populacional, acima referido⁸³, entre homens e mulheres, que o utilizavam três ou mais vezes na semana (4,9%).

Com relação ao consumo de tabaco, esse se mostrou muito superior entre as mulheres aqui investigadas (42,9%) em relação ao observado em inquérito populacional⁸⁴ realizado com adultos residentes em domicílios com telefone fixo nas capitais dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal, no qual, 12,7% das mulheres declaram uso de tabaco no momento da entrevista. Estudo⁷⁴ realizado com 82 mulheres infectadas pelo HIV em Salvador (BA) reportou que 46,0% delas eram fumantes ou ex-fumantes, ainda assim, proporção menor ao observado na presente pesquisa (54,3%).

Com relação a atitudes de autoproteção, observou-se, no presente estudo, prática de sexo desprotegido que variou de 31,3%, na prática de sexo anal, a 72,9%, na prática oral quando a mulher é receptiva, claramente relacionada à dificuldade de negociação do uso do preservativo como o parceiro. Neste mesmo sentido, em relação à prevenção do câncer de colo de útero, a maioria das mulheres não havia realizado a citologia oncótica com a periodicidade recomendada para as portadoras de HIV/aids, que, segundo o Ministério de Saúde, deve ser realizada semestralmente ou a intervalos menores⁸⁵.

Ainda, considerando-se aspectos da vulnerabilidade individual, observou-se que 22,8% das mulheres investigadas tiveram três filhos e 25,5% quatro ou mais filhos, em média 2,6 filhos, em contraposição com a taxa de fecundidade (número médio de filhos que uma mulher teria ao final do seu período fértil) total do Brasil em 2009 que foi de 1,94 filhos e a do Estado de São Paulo, de 1,78 filhos⁸⁶, no mesmo período. Número maior de filhos implica maior comprometimento da renda familiar, podendo favorecer a exposição a piores condições de vida.

O elevado percentual de mulheres com queixa ginecológica, DST e alterações da microbiota vaginal diagnosticadas por métodos padrão-ouro, citologia oncótica cérvico-vaginal alterada, inclusive com diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau, assim como, também, daquelas que deixaram de realizar a citologia oncótica, dentro do preconizado

para mulheres vivendo com HIV/aids, denotaram alta vulnerabilidade na dimensão programática. Essas observações demonstram que os serviços de saúde podem contribuir com o aumento da vulnerabilidade de mulheres infectadas pelo HIV, à medida que deixam de realizar diagnóstico precoce do câncer cervical, de DST e outras afecções ginecológicas. Tais achados enfatizam a necessidade de rastreamento regular das mulheres infectadas pelo HIV, a fim de reduzir a morbidade por essas afecções, bem como, a transmissão de algumas delas e do próprio HIV aos seus parceiros sexuais não infectados.

A ausência de atendimento de ginecologia em serviços especializados em atendimento de infectados por HIV/aids, dificuldade de acesso e disponibilidade irregular de outros serviços de saúde para atendimento ginecológico, desarticulação com outros serviços, divulgação insuficiente sobre a importância do exame de Papanicolaou e ausência de educação em saúde para prevenção do câncer de colo uterino foram observados como elementos relacionados à vulnerabilidade programática ao câncer do colo do útero de mulheres vivendo com HIV/aids, em estudo recente⁷⁸ e que poderiam justificar, também, a observada na presente investigação.

Por outro lado, o longo tempo de seguimento desde o diagnóstico da infecção pelo HIV da maioria das mulheres aqui investigadas, o alto percentual de utilização da terapia antirretroviral e de mulheres com controle clínico adequado da infecção pelo HIV, evidenciado pelos indicadores laboratoriais de contagem de células T CD4+ e carga viral plasmática do HIV, apontam para resultados positivos do cuidado médico recebido. Assim, nota-se maior atenção às questões mais específicas voltadas ao atendimento médico do especialista em infectologia, em detrimento do cuidado integral em relação a outros aspectos ligados à infecção pelo HIV e sua evolução.

A vulnerabilidade social se refere à estrutura econômica, políticas públicas, em especial de educação e saúde, cultura, ideologia e relações de gênero⁷⁹. Neste sentido,

observou-se que a média de anos de estudo concluídos (sete) foi inferior à alcançada pela população entre 15 e 64 anos do Estado de São Paulo⁸⁷, indicando pior nível socioeconômico, tendo em vista que a escolaridade vem sendo utilizada para reiterar a hipótese de pauperização da epidemia⁵⁵. Por outro lado, a proporção de mulheres com baixa escolaridade (56,5%) mostrou-se semelhante à observada entre o conjunto das mulheres notificadas por aids no Estado de São Paulo⁸ (57,0%) e no Brasil² (53,3%), respectivamente, nos períodos de 1980 a junho de 2010 e de 1980 a junho de 2011.

Houve maior proporção de mulheres com 12 ou mais anos de estudo (9,8%), no presente estudo, em relação às notificadas por aids no Estado de São Paulo⁸ (4,3%) e no Brasil² (4,4%), nos mesmos períodos acima referidos. Dessa forma, demonstra-se, também, a importância relativa das mulheres universitárias entre as infectadas pelo HIV, nessa região do interior do Estado de São Paulo. O mesmo foi observado, ainda que em menor proporção (7,5%), no estudo de Santos et al.⁷⁷, em grandes centros urbanos. Fato meritório de destaque, uma vez que o discurso da pauperização da epidemia pode trazer às mulheres com maior grau de escolaridade a impressão de distanciamento da doença, e a sensação de estar protegida pela condição socioeconômica mais favorável⁷⁷, tornando-as assim, mais vulneráveis à infecção pelo HIV.

No presente estudo, observou-se que as mulheres negras ou pardas tiveram duas vezes mais chance de ter baixa escolaridade do que as brancas, corroborando os achados de pesquisa anterior⁷⁵, que demonstrou diferenças significativas de escolaridade e renda, apontando pior *status* socioeconômico entre as mulheres negras, infectadas pelo HIV, do Estado de São Paulo. Este mesmo estudo⁷⁵ revelou, ainda, que as mulheres negras apresentavam desvantagens na exposição aos riscos à sua saúde e restrições quanto ao uso de recursos adequados ao seu cuidado, denotando diferença da raça/cor da pele no processo de vulnerabilização.

Trabalho e renda são fundamentais determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, assim assumidos na Constituição Federal de 1988⁸⁸ e Lei Orgânica da Saúde⁸⁹ e podem influenciar, juntamente com outros fatores sociais e psicológicos, as formas de enfrentamento dos problemas de saúde⁹⁰. Observou-se que grande parcela das mulheres investigadas encontrava-se excluída do mercado de trabalho e do acesso à seguridade social.

Dentre as mulheres que trabalhavam, as ocupações predominantes foram nos setores de serviços e rural, cujas tarefas não requerem qualificação e tendem à precariedade das relações do trabalho, mostrando-se coerente com a baixa escolaridade predominante. Estudo⁷⁶ realizado no Sul do Brasil, comparando mulheres infectadas pelo HIV/aids, com de mulheres da população geral com idade entre 15 e 49 anos, constatou associação entre ter a infecção pelo HIV e cor/raça negra, baixo nível de escolaridade e menor renda.

A via de infecção do HIV predominante entre as mulheres investigadas foi a sexual, coerente com os dados estaduais⁸, de 1983 a 2010 e nacionais², de 1980 a 2011, de casos notificados de aids em mulheres com 13 anos de idade ou mais. A maioria das mulheres que referiu esta categoria de exposição identificou como as principais formas de contaminação dos seus parceiros, relações sexuais com múltiplas parceiras (38,6%) e uso de drogas injetáveis (18,5%). Observou-se, assim, diferença entre as informações da presente pesquisa e os dados estaduais⁸ e nacionais² sobre a categoria de exposição dos parceiros. No Estado de São Paulo, a exposição sexual entre homens que fazem sexo com homens (HSH) foi de 19,8% e, no Brasil, 20,7% e 11,5% entre homossexuais e bissexuais, respectivamente. Parte das entrevistadas relatou desconhecimento do comportamento bissexual de seus parceiros até o conhecimento de seu *status* sorológico para o HIV e, pode-se inferir, que outras desconhecem esse comportamento ou não quisessem admiti-lo, o que, possivelmente, aumentou sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Estudo

realizado com pessoas vivendo com HIV/aids em área rural de Minas Gerais identificou que as mulheres acreditavam que seus parceiros tinham se infectado a partir de relações com profissionais do sexo e não cogitavam qualquer possibilidade que tinham relações homossexuais⁹¹.

As condições em que as mulheres souberam de sua soropositividade para o HIV foram semelhantes às observadas por Santos et al.⁵⁵ e Paiva et al.⁵⁷, que também apontaram o próprio adoecimento e o do parceiro como forma predominante de conhecimento do seu *status* sorológico. O estudo de Paiva et al.⁵⁷ realizado em 2002, com 1.068 mulheres atendidas em serviços de referência localizados nos municípios de São Paulo e Santos demonstrou que 23,0% delas realizaram a testagem para o HIV por iniciativa própria, imaginando que poderiam estar infectadas e em estudo mais abrangente⁷⁷, realizado em 2009, esse percentual foi de 12,7%. Na presente investigação, apenas 7,8% das mulheres buscaram o conhecimento de sua condição sorológica por se perceberem em risco.

Tais resultados associados aos referentes à categoria de exposição, uso inconsistente do preservativo por parcela significativa das mulheres investigadas, a referência de história anterior de DST pela maioria delas e a elevada prevalência geral de DST diagnosticada (87,0%), podem demonstrar a baixa percepção de risco das mulheres que vivem em municípios do interior em relação à infecção pelo HIV/DST, fatores que aumentam sua vulnerabilidade^{55,77,91}. Tal fato reveste-se de grande significado clínico e epidemiológico, uma vez que, além de predispor ao diagnóstico tardio com piora da qualidade de vida, contribui para a manutenção da cadeia de transmissão do HIV e de DST.

Estudo⁹² realizado com puérperas atendidas em duas maternidades filantrópicas do município de São Paulo apontou que 71,0% delas não tinham percepção de risco para o HIV. Observou, ainda, que as mulheres que tinham mais percepção de risco eram aquelas

com menos de 20 anos e as que não conviviam maritalmente. Diferentemente destes achados, na presente investigação, não foi observada associação entre ter sido feito diagnóstico da infecção pelo HIV por autopercepção de risco e idade e estado civil, bem como, tempo de diagnóstico da infecção e número de parceiros sexuais na vida.

Destaca-se, ainda, no presente estudo, a baixa percepção de risco para o HIV/aids, também, por parte dos profissionais de saúde, indicando que ações de educação permanente em saúde, relacionadas à infecção pelo HIV/aids e DST devem ser efetivadas para as equipes dos municípios dos quais as mulheres eram procedentes. Esta necessidade pode ser corroborada, também, no que se refere aos diagnósticos precoces e tratamentos de afecções do trato genital inferior associadas ou não à aids.

O presente estudo permitiu identificar a prevalência de alterações do padrão de microbiota vaginal, a presença de candidose vaginal e de DST, utilizando-se métodos diagnósticos padrão-ouro, bem como, fatores associados a estas condições.

Estudos têm apontado a presença de VB^{93,94} e candidose vaginal⁹⁴ como fatores associados à detecção de RNA do HIV na vagina, após ajuste da carga viral plasmática do HIV, contribuindo, assim, para sua transmissão.

No presente estudo, foi observada alta prevalência de alterações no padrão da microbiota vaginal (51,8%), em concordância com outros estudos^{14,18,95,96}, realizados com mulheres infectadas com o HIV. A alteração mais frequente foi a VB, com prevalência de 35,3%, próxima à relatada no estudo de Campos et al.⁹³ realizado em centro de referência para atenção a pessoas com HIV/aids, também, no interior do Estado de São Paulo (30,1%) e superior à identificada no estudo de Oliveira et al.⁹⁷, realizado na Bahia (29,7%). A comparação com estudos internacionais, a prevalência de VB identificada na presente investigação, mostrou-se superior às descritas nos estudos, HERS¹⁴ (HIV Epidemiology Research Study), que envolve uma coorte prospectiva de mulheres infectadas pelo HIV e

de Helfgott et al.⁹, ambos americanos, além de um estudo realizado na Nigéria¹⁸. Por outro lado, foi inferior à obtida no início do estudo WISH⁹⁵ (Women's Interagency HIV Study) (42,8%) e em estudo realizado na Índia (50,0%)⁹⁶. Estudo⁹⁸ que analisou o seguimento da coorte WISH apontou queda progressiva na prevalência de VB, atingindo prevalências semelhantes à da presente investigação, a partir da oitava visita de seguimento.

Recente revisão sistemática da literatura⁹⁹ sobre coinfeções sexualmente transmissíveis em pessoas vivendo com HIV/aids apontou grandes variações nas prevalências de VB (10,0% a 47,8%). Estas podem ser atribuídas a diferenças no desenho do estudo, fatores socioeconômicos, comportamentais e clínicos da população investigada, além do método diagnóstico empregado. A divergência de prevalência do presente estudo com os dados iniciais (*baseline*)⁹⁵ da coorte WISH pode ser explicada, em parte, por diferenças nos critérios de exclusão, dentre eles a antibioticoterapia a menos de 30 dias, critério não adotado pelo WISH. Por outro lado, a prevalência superior às descritas por Oliveira et al.⁹⁷ e Helfgott et al.⁹ pode ser devido ao método diagnóstico empregado, que nestes estudos foi baseada nos critérios de Amsel¹⁰⁰ e na presente pesquisa empregou-se o *escore* de Nugent et al.⁶³, reconhecidamente de maior sensibilidade¹⁰¹.

O estudo WISH⁹⁸ identificou a afrodescendência como fator de risco para VB, assim como, o estudo HERS¹⁴, que, além disso, relatou menores níveis de escolaridade. Ainda, ambos os estudos identificaram o uso de algum antirretroviral como fator de proteção para VB. Tais achados são discordantes dos obtidos na presente investigação, que não observou associações independentes entre VB e variáveis sociodemográficas e com uso de TARV. Considera-se que apenas 25,0% das mulheres incluídas no estudo HERS utilizava TARV combinada e potente e 63,7% delas usavam mono ou dupla terapia no estudo WISH, ao passo que, na presente investigação, 80,0% das mulheres utilizavam esquemas combinados e potentes de antirretrovirais.

Neste estudo, as variáveis comportamentais não se constituíram em fator de risco para VB, ao passo que outros reportaram o número de parceiros e a frequência de relações sexuais⁹⁸ implicando maior risco para esta condição. Corroborando com os achados desta pesquisa, outras também não relataram uso de preservativos⁹⁸ e de ducha vaginal¹⁴ como fatores associados à VB. Desse modo, há controvérsias na literatura quanto à influência dos fatores comportamentais no aumento da prevalência de VB em mulheres infectadas pelo HIV.

As análises univariadas, no presente estudo, apontaram associação entre queixa de corrimento vaginal, mau odor genital e achados do exame ginecológico, tais como, presença de conteúdo vaginal, pH superior a 4,5 e prova das aminas positiva, com VB. Entretanto, apenas as duas últimas variáveis associaram-se de forma independente à VB. Semelhante a estes achados, estudo Gondo et al.¹⁰², realizado com gestantes não infectadas pelo HIV, também no município de Botucatu, relataram associação entre pH > 4,5 e prova das aminas positiva com VB. Estes dados do exame ginecológico se constituem em dois dos quatro critérios estabelecidos por Amsel et al.¹⁰⁰ para o diagnóstico de VB. Esta investigação reforça a importância desses achados como indicadores de VB, de relevância para os serviços de saúde que não dispõem do exame microscópico direto do conteúdo vaginal para o diagnóstico.

A prevalência de candidose vaginal foi de 10,3%, semelhante à observada em outros estudos que investigaram mulheres vivendo com HIV/aids, tanto em âmbito nacional⁹³, como internacional^{18,98} e inferior às relatadas por Helfgott et al.⁹ e Oliveira et al.⁹⁷ e Goel et al.⁹⁶. A grande diferença de prevalências observada entre a obtida na presente investigação e no estudo nacional de Oliveira et al.⁹⁷ (29,7%) pode-se justificar pela divergência de método diagnóstico, pois esses autores⁹⁷ empregaram apenas a cultura, sem o acréscimo da observação de formas ativas de leveduras, o que pode configurar

apenas colonização do trato genital inferior, ao passo que no presente estudo empregou-se a bacterioscopia corada pelo método de Gram, de melhor acurácia no diagnóstico da candidose vulvovaginal¹⁰³. Por outro lado, entre os fatores que podem ter contribuído com a divergência com o estudo de Helfgott et al.⁹ e de Goel et al.⁹⁶, sugerem-se condições sociodemográficas e clínicas das mulheres envolvidas.

Queixa de prurido e verificação de alterações vulvares, como eritema, edema e/ou escoriação foram fatores independentemente associados à candidose vulvovaginal, em discordância com estudo¹⁰³ que relatou baixa capacidade de variáveis clínicas como preditoras de candidose, porém em mulheres não infectadas pelo HIV. No entanto, Gondo et al.¹⁰², em estudo de gestantes soronegativas para HIV, corroboram os resultados da presente pesquisa, relatando associação entre queixa de prurido genital e candidose.

Outros estudos^{11,98} com mulheres infectadas pelo HIV/aids observaram associação entre baixo nível da contagem de linfócitos T CD4+ e alta carga viral plasmática do HIV com a candidose vulvovaginal, não observados na presente investigação. Watts et al.⁹⁸ relataram associação entre raça, com maior risco de candidose entre as mulheres afrodescendentes e hispânicas, em comparação com as americanas brancas, menor risco com o aumento da idade e com o uso de TARV, também não observados na presente pesquisa.

O diagnóstico de DST em pessoas que vivem com o HIV/aids indica atividade sexual sem proteção e exposição de outras pessoas ao HIV, tendo em vista os relatos de inúmeros estudos^{9,13,17-21,99} apontando que DST ulcerativas ou não aumentam o risco tanto da aquisição, como da transmissão do HIV.

A prevalência geral de DST entre as mulheres investigadas foi elevada (87,0%), assim permanecendo, mesmo com a exclusão da infecção pelo HPV (35,9%). A comparação desses resultados com os obtidos em outros estudos é complexa, visto que há

diversidade nos exames diagnósticos empregados, tipos de infecções incluídas e condições clínicas e de tratamento das pessoas envolvidas. Recente revisão sistemática da literatura⁹⁹ sobre o tema, analisando 37 estudos, que envolveram um total de 708.296 pessoas infectadas pelo HIV/ads, apontou prevalência geral média de DST de 16,3%, embora reporte os fatores acima levantados, dentre outros, como limitações do estudo. Neste sentido, optou-se por comparações individualizadas das DST, na presente investigação.

A prevalência de tricomoníase foi de 14,7%, semelhante à observada em outro estudo nacional⁹⁷ e em outros, conduzidos nos EUA^{9,17} e na Nigéria¹⁸ e inferior à observada por Minkoff et al.¹⁰⁴, também nos EUA (20,4%) em mulheres infectadas pelo HIV e foi superior à observada no início do estudo WISH⁹⁸ (6,1%). Goel et al.⁹⁶ relataram prevalência nula entre as 40 mulheres investigadas na Índia. Acredita-se que a diferença entre o presente estudo e o de Minkoff et al.¹⁰⁴ deveu-se ao alto percentual de mulheres de cor da pele preta envolvidas neste estudo (71,0%). A cor da pele preta constituiu-se em fator de risco para a tricomoníase no estudo WISH⁹⁸, como também identificado na presente investigação. A divergência com o estudo WISH, entre outros fatores, pode estar relacionada à baixa sensibilidade do método diagnóstico por ele empregado.

Outros estudos^{98,105} também relataram uso recente de droga entre os fatores associados ao risco aumentado de tricomoníase, corroborando os achados da presente investigação, entretanto, estes divergiram quanto à associação de TARV combinada e potente e *status* da contagem de linfócitos T CD4+ que foram identificados por Watts et al.⁹⁸ como variáveis associadas ao decréscimo das taxas de tricomoníase.

Apesar de a literatura apontar que entre 25,0% e 50,0% das mulheres infectadas pelo *T. vaginalis* são assintomáticas, têm pH vaginal entre 3,8 e 4,2 e flora vaginal normal, nesta pesquisa, os achados de conteúdo vaginal e pH acima de 4,5, foram associados com aumento da chance da tricomoníase.

A prevalência da infecção pela *C. trachomatis* identificada na presente investigação (24,6%) mostrou-se muito superior às obtidas nos estudos de Minkoff et al.¹⁰⁴ (2,1%), Helfgott et al.⁹ (3,5%) e de King et al.¹⁰⁶ (1,4%), americanos e de Goel et al.⁹⁶ (2,5%) na Índia, bem como, à prevalência média relatada em revisão sistemática da literatura (5,0%). Porém, esta foi inferior à identificada em estudo realizado por Tanton et al.¹⁰⁷ na Tanzânia, também com mulheres infectadas pelo HIV. Tais diferenças podem ser devido a fatores socioeconômicos, culturais e clínicos diversos, entre as mulheres envolvidas, pois todos se utilizaram de metodologia diagnóstica padrão-ouro.

Na presente investigação, apenas as cores da pele negra e parda e presença de ectopia no colo uterino foram variáveis independentemente associadas ao aumento da prevalência da cervicite clamidiana. Estudo realizado por Manning et al.¹⁰⁸, também, apontou a cor preta como fator de risco para a infecção por *C. trachomatis*, entre mulheres vivendo com HIV/aids. Esses autores apontaram, ainda, que ter idade entre 13 e 24 anos aumentou o risco desta infecção, o que não foi observado no presente estudo.

Outros estudos^{109,110} envolvendo mulheres não infectadas pelo HIV, de forma semelhante à presente pesquisa, não identificaram o autorrelato de uso do preservativo como fator de proteção para a infecção pela *C. trachomatis*.

Uma pesquisa de âmbito nacional¹¹⁰ realizada em seis capitais brasileiras, com homens e mulheres em clínica de DST e entre gestantes, identificou que, ter mais de um parceiro sexual nos 12 meses que antecederam à inclusão no estudo, estava associado à aumento do risco para a infecção clamidiana. Divergindo com estes dados, na presente pesquisa, a multiplicidade de parceria sexual não foi associada à infecção clamidiana. Por outro lado, recente revisão sistemática da literatura¹¹¹ apontou provável associação de ectopia cervical com a cervicite clamidiana, corroborando os achados da presente investigação.

Apesar de ter-se empregado método padrão-ouro para o diagnóstico de gonorreia, não foram identificados casos desta infecção, como, também, relatado em pesquisa recente realizada por Baldin-Dal Pogetto et al.¹¹² entre profissionais do sexo do município de Botucatu (SP). A prevalência dessa cervicite entre mulheres infectadas pelo HIV variou de 0,8% no estudo de King et al.¹⁰⁶ a 9,6% no estudo de Vermund et al.¹⁷, sendo que a prevalência média relatada em revisão da literatura foi de 9,5%⁹⁹. Em pesquisa nacional¹¹⁰, a prevalência entre gestantes foi de 1,5% e entre mulheres atendidas em clínicas de DST foi de 3,3%.

Com relação à sífilis, observou-se prevalência bastante inferior (1,1%) à relatada em outros estudos^{9,17,18,99,104}, o que pode ser justificado por esta ser uma infecção rastreada regular e rotineiramente, nas consultas de seguimento, pelos médicos infectologistas, o mesmo não acontecendo com as demais DST e alterações do padrão da flora vaginal.

A literatura aponta que as mulheres portadoras do HIV têm prevalência mais alta da infecção pelo HPV^{39,43,113}, com maior probabilidade de persistência de múltiplos tipos^{43,40} e resultando em maior incidência e prevalência de neoplasias intraepiteliais cervicais^{37,43,113}. A presente investigação identificou elevada prevalência desta infecção (83,6%), com taxas semelhantes às observadas em outros estudos nacionais com mulheres infectadas pelo HIV, realizados em São Paulo, por Levi et al.⁴⁰ (87,0%) e no Rio Grande do Sul, por Entiauspe et al.¹¹⁴ (76,4%). Por outro lado, a prevalência aqui observada foi superior à relatada em estudos conduzidos na França, por Heard et al.³⁶ (49,5%) e nos EUA, por King et al.¹⁰⁶ (63,7%).

Dentre as 153 mulheres infectadas pelo HPV foi possível realizar a genotipagem de 43 delas e dessas, 41 (95,3%) tinham pelo menos um genótipo de alto grau de oncogenicidade. Foram identificados 23 genótipos diferentes de HPV, sendo que 17 de alto grau e seis de baixo grau de oncogenicidade. Os genótipos mais prevalentes foram o 16

(30,2%), 33 (18,6%), 18(14,0%), 31(11,6%), 56 (11,6%) e 66 (9,3%). Esses achados são consistentes com outros estudos que também detectaram grande variedade de genótipos do HPV, assim, como, alta prevalência daqueles de alto grau de oncogenicidade e que o genótipo 16 é o mais prevalente entre mulheres infectadas pelo HIV^{36,40,114}.

Observou-se na presente investigação distribuição concomitante de genótipos do HPV em 16 mulheres (37,2%), com associação de até cinco tipos diferentes, dados corroborados pelos achados de Levi et al.⁴⁰, Heard et al.³⁶ e King et al.¹⁰⁶ que, também, identificaram múltiplos tipos do HPV em mulheres infectadas pelo HIV.

Dentre os fatores associados à infecção pelo HPV, apenas a VB foi associada ao aumento do risco desta infecção. O estudo de King et al.¹⁰⁶ corrobora os resultados da presente investigação, à medida que aponta que a VB foi associada à maior chance de prevalência do HPV. Além disso, os autores relataram, ainda, associação à maior incidência do HPV, além de retardar seu *clearance* entre as mulheres da coorte HERS. Tais ocorrências podem ser explicadas biologicamente, uma vez que a VB causa grandes alterações no ambiente vaginal, levando à degradação da defesa inata¹⁰⁶.

Vários estudos^{39,42,43} vêm demonstrando o risco aumentado de neoplasia intraepitelial cervical entre as mulheres infectadas pelo HIV e sua importância está refletida na inclusão do câncer cervical como doença definidora de aids, desde 1993 pelo CDC, nos EUA⁴⁵. A prevalência de neoplasia intraepitelial cervical identificada na presente investigação, mostrou divergência com outros estudos, conforme pode ser observado no Quadro 1 abaixo, sendo semelhante, apenas com um estudo nacional¹¹³, tanto no que se referiu à lesão de baixo grau, quanto de alto grau. Tais diferenças podem ser devido ao tipo de exame realizado para identificação das lesões, bem como, em relação a fatores sociodemográficos e clínicos das mulheres envolvidas nos estudos, como por exemplo, diferente acesso a serviços de saúde para rastreamento citológico e à TARV.

Quadro 1. Comparação das prevalências de alterações cervicais e características de sete estudos.

Autor	Local	Período	Mulheres HIV +	Exame	LIEBG %	LIEAG %	ASCUS %
Presente estudo	Brasil	2008-2010	184	COT	12,0	5,4	3,3
Pinto et al. ¹¹⁵	Brasil	2008-2009	631	COT	-	10,1	-
Coelho et al. ¹¹⁶	Brasil	2002-2003	115	COT + HP	47,8	24,3	-
Auge et al. ¹¹³	Brasil	2000 publicação	99	COT + HP	10,1	5,0	-
Volkow et al. ³⁹	México	1996-1998	85	COT + HP	17,8	8,2	-
Parham et al. ⁴¹	Zâmbia	2004	150	COT	23,3	32,7	17,3
Bongain et al. ³⁷	França	1995	111	HP	6,31	17,1	-

COT= citologia oncótica tríplice, HP= histopatológico, LIEBG=lesão de baixo grau
BAG= lesão de alto grau, ASC-US + atípicas de significado indeterminado em células escamosas.

Os cofatores associados à infecção pelo HPV podem ser tanto vírus específico, quanto relativos à imunidade do hospedeiro⁴². Neste sentido, buscou-se, no presente estudo, correlacionar os genótipos do HPV e fatores associados à LIEBG e LIEAG. A infecção pelo HPV esteve presente em 100,0% dessas alterações. Dentre as 10 pacientes portadoras de LIEAG, foi possível a genotipagem do HPV em sete, demonstrando que todos os casos estavam associados a, pelo menos, um genótipo de alto grau de oncogenicidade. Este fato se repetiu com relação às cinco mulheres, dentre as 22 com LIEBG, em que foi possível a genotipagem. Foram identificados sete genótipos diferentes, em cada tipo de lesão, sendo o tipo 16, o mais frequente, em ambas. Resultados que estão em acordo com outros estudos em que, também, foi observada uma variedade de genótipos de alto grau envolvidos com a LIEAG e LIEBG^{39,40,42}.

Na presente pesquisa, apenas a variável ter antecedente de lesão pré-neoplásica ou neoplásica associou-se com aumento da prevalência de LIEAG. Concordando com este achado, maior persistência e recorrência de lesões intraepiteliais cervicais entre mulheres infectadas pelo HIV, já havia sido relatada por Nappi et al.³⁵, em 2005.

Com relação à LIEBG, a variável faixa etária, na categoria de mulheres menores que 30 anos, associou-se independentemente a esta condição, em contraposição com os achados de Heard et al³⁶.

Vários estudos^{36,40,41,115,116} apontam associação entre menores contagens de linfócitos T CD4+ com aumento de lesões intraepiteliais cervicais. Porém, na presente investigação essa associação não foi observada, achados corroborados pelos de Volcow et al.³⁹.

No que se referiu à reprodução, 90,7% das mulheres aqui investigadas tinham filhos, sendo que três quartos delas não tiveram mais filhos após o diagnóstico da infecção pelo HIV e 29,4% desejavam engravidar. O desejo de ter filhos, apesar do diagnóstico, já foi, também, relatado em outros estudos^{55,57,117}. Estes ressaltam a importância dos serviços de saúde na realização do acolhimento e aconselhamento das necessidades reprodutivas, considerando seus direitos como mulheres. Apontam, ainda, a necessidade de ações de educação permanente para profissionais que compõem a equipe multiprofissional, com ênfase nos direitos sexuais e reprodutivos.

A maioria das mulheres que desejavam ter filhos não tinha informação sobre as estratégias de redução de risco da transmissão sexual do HIV para o parceiro e para o bebê, assim como desconheciam a existência de serviço de referência para procedimentos de reprodução assistida. Reconhece-se que são, relativamente, recentes as recomendações para a abordagem dos direitos reprodutivos nos instrumentos normativos do MS, incluídas a partir de 2008, embora em 2006 a Organização Mundial de Saúde já tivesse publicado protocolo sobre saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com HIV/aids¹¹⁸. Desta forma, mantém-se atual a recomendação para investimento na educação permanente dos profissionais que atendem mulheres infectadas pelo HIV.

Esta pesquisa, portanto, aponta para a necessidade de aconselhamento e apoio para aquelas mulheres que não desejam mais ter filhos. Observou-se que 7,3% das mulheres não utilizavam métodos contraceptivos e que 27,1% delas, embora utilizassem métodos de alta eficácia (laqueadura tubária, vasectomia e método hormonal), deixavam de utilizar o preservativo, não reconhecendo nele medida de prevenção de infecção e reinfecção de DST, como já mencionado. Orientações relativas à dupla proteção devem fazer parte das ações educativas regulares, a fim de proporcionar às mulheres e seus parceiros decisão informada sobre as opções contraceptivas e de proteção.

Com relação à sexualidade, a análise quantitativa dos dados da presente pesquisa, apontou que 71,2% das mulheres referiram mudanças na vida sexual em função do conhecimento de seu diagnóstico de infecção pelo HIV/aids. Dentre as mudanças, destacaram-se a diminuição ou ausência de desejo sexual, refletindo na diminuição da frequência de relações sexuais, comprometimento negativo do prazer sexual, mudança no tipo de contato sexual e inatividade sexual, atestada por 23,9% das mulheres.

Estudos internacionais^{47-49,119,120}, assim como, nacionais^{55,57,121} já haviam descrito mudanças na vida sexual das mulheres a partir do conhecimento de seu *status* sorológico positivo em relação ao HIV. O percentual de mulheres ativas sexualmente nos 12 meses que antecederam à inclusão no estudo (76,1%) foi menor que o obtido na pesquisa sobre comportamentos e práticas sexuais da população brasileira de 2005⁸¹ (85,0%). Isso demonstra impacto, neste aspecto da vida, entre as mulheres incluídas na presente investigação, ainda que menor, do que o observado em outras pesquisas nacionais^{55,57,121}. Estudo caso-controlado¹²¹ realizado por Scanavino & Abdo com amostra da população de 18 grandes cidades brasileiras, entre 2002 e 2003 apontou que 37,0% das mulheres vivendo com HIV/aids eram inativas sexualmente. Esse percentual foi de 46,0% no estudo de Paiva et al.⁵⁷ e de 56,1% no estudo de Santos et al.⁵⁵, ambos realizados em 2002.

O comprometimento da libido e disfunções orgásmicas figuram entre os sintomas de disfunção sexual, mais frequentemente relatados nos estudos internacionais^{47-49,119,120} e nacionais^{55,121} com mulheres vivendo com HIV/aids. Santos et al.⁵⁵ relataram comprometimento do desejo sexual em 39,2% das mulheres, percentual inferior ao observado na presente investigação, na qual, a metade referiu diminuição ou ausência de libido. Porém, quando se compara à frequência das relações sexuais, observou-se semelhança entre os percentuais obtidos nos dois estudos.

O tipo de prática sexual referida pelas participantes, no momento da inclusão no presente estudo, foi semelhante aos resultados obtidos na pesquisa sobre comportamentos e práticas sexuais da população brasileira⁸¹, quanto ao percentual de mulheres que mantinham relações exclusivamente vaginais e orais (sem considerar se receptivas ou ativas na prática) e superior quanto à prática de sexo anal. Considerando-se que esta última confere alto risco de transmissão do HIV¹²², pode-se inferir que este aspecto da sexualidade reforça a vulnerabilidade dessas mulheres à infecção e reinfeção pelo HIV.

A cessação da prática de sexo oral por parte das mulheres, também, foi identificada em estudos realizados na França⁴⁷ entre 2004 a 2005 e, no Brasil em 2007, Maksud¹²³ relatou a cessação da prática de sexo anal entre casais sorodiscordantes para o HIV.

Há que se destacar que 3,7% das mulheres investigadas relataram que aumentou o prazer sexual e a frequência das relações, indicando melhora na vida sexual. Fato, também, observado em outro estudo nacional⁵⁷, que relatou que 8,0% das mulheres referiram melhora na vida sexual, após o diagnóstico da infecção pelo HIV.

Apesar da recomendação para uso de proteção nas relações sexuais constituir-se em estratégia central e eficaz para a prevenção das DST e reinfeção pelo HIV¹¹⁸, parcela significativa das mulheres referiu uso inconsistente do preservativo. Prática observada tanto entre mulheres cujos parceiros eram sorodiscordantes em relação ao HIV ou esta condição

era ignorada (43,7%), como entre aquelas com parceiros eventuais (37,5%), assim como, identificado por outros estudos^{46,52-54}.

O uso consistente do preservativo na prática sexual vaginal foi relatado por 55,9% das mulheres, independentemente se em união estável ou não, o que foi superior ao observado na pesquisa sobre comportamento sexual da população brasileira¹²⁴. Esses dados indicam que o aconselhamento para o sexo seguro entre mulheres vivendo com HIV, no contexto aqui investigado, apresentou impacto, embora, não o suficiente para reduzir a vulnerabilidade às DST e, sua possível reinfecção.

O uso consistente de preservativo na presente investigação foi semelhante ao observado por Santos et al.⁵⁵ entre mulheres atendidas em centro de referência na cidade de São Paulo (58,5%) e inferior ao reportado para mulheres atendidas em serviços de referência de duas grandes metrópoles, também do Estado de São Paulo (67,0%)⁵⁷. A comparação com o estudo de Paiva et al.⁵⁷ pode sugerir que mulheres vivendo em municípios do interior seriam mais afetadas por fatores socioculturais ligados ao uso do preservativo, o que indica necessidade de futuras investigações neste sentido.

Estudos internacionais realizados no Reino Unido¹¹⁹ e em Honduras¹²⁵ observaram uso consistente do preservativo por cerca de 60,0% das mulheres soropositivas para o HIV.

O uso inconsistente do preservativo foi justificado, pela maioria das mulheres (70,0%), do presente estudo, pelo fato de o parceiro não gostar de utilizá-lo, apontando para a dificuldade de negociação deste, como já demonstrado em outros estudos com mulheres vivendo com HIV aids^{123,126}.

Considerando o contexto de vida das participantes desse estudo, bem como as suas vulnerabilidades associadas à infecção pelo HIV/AIDS, a análise qualitativa dos seus depoimentos permitiu apreender aspectos subjetivos da vivência da sexualidade após a

ciência da soropositividade. Foi possível perceber que diferentes níveis de satisfação com a vida sexual - disfunções, dificuldades, atitudes voltadas à prevenção e de autovalorização no sexo, assim como, a inatividade sexual - relacionaram-se às diversas vivências anteriores e posteriores ao diagnóstico, fortemente permeados por fatores psicossociais, como estigma e preconceitos e a rede de apoio de que dispunham que, dentre outros, implicaram diferentes modos de enfrentamento da doença.

De modo diverso, algumas mulheres aqui investigadas, apesar do longo tempo transcorrido de diagnóstico e tratamento, ainda não aceitavam o fato de serem infetadas pelo HIV, outras relataram que a aceitação foi ocorrendo aos poucos, outras, que aceitaram de forma mais tranquila e outras, percebiam-se transformadas positivamente por essa condição. A vivência e a superação de situações em que foram vítimas de preconceito e discriminação foram decisivas no processo de aceitação da doença, assim como, o apoio recebido da família e a fé em Deus. Gomes et al.¹²⁷, em estudo realizado em 2011, relataram que a religião e a fé se apresentaram como amparo e suporte para o enfrentamento e aceitação da soropositividade para o HIV.

Destaca-se que o preconceito, com conseqüente discriminação, foi relatado como vivência que causou constrangimento, humilhação, afastamento, abandono, rejeição, tanto por parte de familiares, amigos e parceiros afetivo-sexuais, quanto nas relações no trabalho, levando, inclusive, à perda desse. Essas vivências foram dolorosas e implicaram muito sofrimento, com relatos de ser, esse tipo de estigma, a pior experiência de suas vidas, inclusive pior que a própria doença.

Estigma foi definido por Gofman¹²⁸ como um atributo que é profundamente depreciativo e que, aos olhos da sociedade, serve para desacreditar a pessoa que o possui. O indivíduo estigmatizado é visto como uma pessoa que possui “uma diferença indesejável”. Para este autor, o estigma é atribuído pela sociedade com base no que constitui “diferença”

ou “desvio”, por meio de regras e sanções que resultam num tipo de “identidade deteriorada” para a pessoa em questão¹²⁸. Segundo Parker e Aggleton¹²⁹, o estigma e a estigmatização se formam em contextos específicos de cultura e poder, tem sempre uma história, que tem influência sobre quando ele aparece e sobre a forma que ele assume, é usado pelos indivíduos, comunidades e pelo Estado para produzir e reproduzir desigualdade social, portanto, empregado estrategicamente. Nas palavras dos autores: “*O estigma é empregado por atores sociais reais e identificáveis que buscam legitimar o seu próprio status dominante dentro das estruturas de desigualdade social existentes*”¹²⁹ (p16).

No caso da aids, uma série de metáforas tem reforçado e legitimado processos de estigmatização, tanto de “vítimas” quanto de “culpados”. Associa-se o HIV/aids com morte iminente, com comportamentos imorais merecedores de punição, com a guerra necessária para deter a expansão do vírus e, talvez, mais do que tudo, como o Outro, no qual a aids é vista como algo que aflige os que estão à parte¹²⁹. Esses estereótipos fundamentaram numerosas respostas sociais e programáticas estigmatizantes¹³⁰.

A vivência de situações estigmatizantes e discriminatórias, também, foi descrita em vários estudos, com enfoques diversos^{56, 126, 127, 131-133}. O estudo realizado por Garrido et al.¹³² apontou que o estigma e preconceito sofridos no ambiente de trabalho levaram muitos homens a se demitirem ou serem demitidos, uma vez que não suportaram a pressão ou humilhação, fato também observado entre as mulheres, na presente pesquisa. Pascual¹³⁴ afirma que a discriminação ou o medo de ser vítima dela pode resultar em impedimento para que as pessoas desenvolvam seus projetos de vida com normalidade. No caso da infecção pelo HIV/aids a morte física deixou de ser um fantasma, hoje [...] “*ela deve enfrentar outro tipo de morte que lhe é imposta, a morte do seu projeto de vida, através do preconceito e da discriminação, capazes de condená-lo à exclusão social: à morte em vida*” (p28).

Infelizmente, segundo o relatório da UNAIDS sobre a meta de não discriminação em HIV¹³⁰, em 2010, após quase trinta anos de epidemia, o estigma relacionado ao HIV e à discriminação continua altamente prevalente em todo o mundo. Este mesmo relatório, aponta, ainda, que apesar do reconhecimento de que o estigma e a discriminação influenciam negativamente as respostas ao HIV, não houve compromisso político, recursos e esforço de programação necessários para causar impacto na redução dos mesmos.

No plano local, é imperativo que, na identificação desta e outras formas de violência, a equipe multiprofissional deva discutir conjuntamente com a vítima, estratégias que reforcem sua autoestima e autonomia, propondo que formas e políticas incisivas de enfrentamento do estigma e discriminação devem ser efetivadas em todos os níveis.

Especificamente, sobre a vivência da sexualidade, reforçando os resultados da análise quantitativa, observou-se que a maior parte das mulheres relatou alterações negativas na qualidade de sua vida sexual, bem como uma série de dificuldades neste aspecto, destacando-se, iniciar e manter um relacionamento afetivo-sexual, após o conhecimento da sua infecção pelo HIV/aids. Por conta dessas dificuldades, parte delas optou pela cessação da atividade sexual. Neste aspecto, como já referido, constatou-se diversidade entre as mulheres, pois, afirmaram que passaram por fases, tendo piorado a qualidade no início e, com o passar do tempo, foram se adaptando e, no momento da entrevista, percebiam normalidade neste aspecto de suas vidas. Outras, ainda, relataram que não houve modificações na vida sexual em nenhum momento e esta, também, era percebida como normal. Por outro lado, houve mulheres que declararam ter havido melhora na qualidade da vida sexual, conseguinte ao conhecimento da infecção pelo HIV. Esses achados são corroborados, em grande parte, com os apontados no estudo de Paiva et al.⁵⁷.

As alterações na qualidade da vida sexual foram relacionadas tanto à resposta sexual diminuição ou perda da libido e diminuição ou ausência da sensação orgásmica,

quanto à modificação no repertório das práticas sexuais – alterações nas posições para realização do ato sexual, abandono do sexo anal e/ou oral e supressão, por algumas mulheres, do beijo na boca, diminuição da frequência das relações sexuais e o uso do preservativo. Estudos anteriores^{56,123} que analisaram o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de indivíduos com HIV/aids que convivem em parceria heterossexual e soronegativa ao HIV, também observaram alterações semelhantes às reportadas nesta pesquisa, com relação à resposta e ao repertório de práticas sexuais.

Diversas foram as razões atribuídas pelas mulheres para essas alterações na vida sexual, destacando-se o medo de transmitir o HIV a seus parceiros não infectados pelo HIV, de se reinfectarem, quando se tratou de casais soroconcordantes, assim como, de adquirirem outras DST. Também foi relatada insegurança quanto à proteção oferecida pelo preservativo e temor quanto à possibilidade de seu rompimento, gerando tensão durante a relação sexual e ainda, disfunções sexuais do parceiro, comprometimento da autoimagem em função da lipodistrofia, uso obrigatório do preservativo e sentimento de autoculpabilização, por ter sido infectada pela via sexual.

A ansiedade gerada pelo medo da transmissão do HIV aos parceiros soronegativos, assim como a desconfiança no preservativo foram relatados em estudos realizados em Nova York (EUA)⁴⁸ e no Brasil^{57,126}. A preocupação com o outro, e consigo mesma, por um lado, mostrou-se aspecto favorável à redução da transmissibilidade e reinfeção, do HIV e outras DST, podendo reduzir a vulnerabilidade feminina, entretanto, por outro lado, gerou ansiedade e comprometimento da qualidade da vida sexual das mulheres. Assim como identificado por Reis et al.¹²⁶, embora o preservativo seja percebido como necessário para se evitar a transmissão do HIV ao parceiro, ele também foi atribuído, por várias mulheres, como um dos fatores que interferia na satisfação sexual, dificultando sua aceitação. Desta forma, o aconselhamento adequado para o sexo seguro¹²² pode minimizar

as tensões decorrentes do medo da transmissão, assim como, contribuir para a redução da vulnerabilidade das mulheres.

Outros estudos já haviam identificado o sentimento de não ser atraente, em função de alterações corporais causadas pela aids¹²⁷ e pelos antirretrovirais^{48,135,136}, como fatores que comprometem a qualidade da vida sexual de mulheres vivendo com HIV/aids.

Além das razões discutidas acima, várias mulheres relataram vivências difíceis, percebidas como traumas que, para elas, influenciavam direta e negativamente sua vida sexual. Dentre estas vivências, destacou-se a violência doméstica e sexual, a traição pelo marido e o desamparo familiar.

Os relatos de abuso sexual foram frequentes, apesar deste tema não ter sido objeto da presente investigação. Fato que demonstra a relevância da temática, enquanto dimensões individual e social da vulnerabilidade ao HIV/aids, ainda presentes na vida de algumas das mulheres estudadas, visto que seus agressores, na maioria das vezes, eram os próprios companheiros.

Paiva et al.⁵⁷ relataram que 27,0% das mulheres que viviam com HIV/aids, declararam ter sido vítimas de violência sexual em algum momento da vida e Lambett et al. identificaram que 41,0% e 34,0% das mulheres vivendo com HIV/aids já tinham sofrido violência sexual e física, respectivamente. Estudo¹³⁷ realizado com jovens vivendo com HIV/aids, também, reportou a presença da violência em suas vidas, inclusive abuso sexual pelos parceiros, demonstrando que a opressão de gênero agrava a vulnerabilidade ao HIV.

O desamparo familiar experimentado por algumas das participantes da presente pesquisa tornou-as vulneráveis a diversas formas de violência, assim como, a infecção pelo HIV, como também observado no estudo de Silva & Silva¹³⁷.

As dificuldades sentidas para a manutenção do relacionamento afetivo-sexual se diferenciaram com relação à situação de conjugalidade, à confirmação do diagnóstico da

infecção pelo HIV/aids. Aquelas mulheres em que o diagnóstico se deu após o estabelecimento do relacionamento conjugal, relataram ter sofrido rejeição dos seus parceiros, que em alguns casos, culminou com a ruptura do relacionamento. Em outros, este se mantinha, apesar das agressões verbais e do menosprezo, que as tornavam “diminuídas” no relacionamento. Algumas se sentiam culpadas por ter transmitido a infecção aos seus parceiros.

Por outro lado, várias mulheres ao se depararem com a infecção pelo HIV/aids, tendo sido contaminadas por seus parceiros, consideraram-se vitimizadas e sentiam-se traídas, experimentando vários sentimentos, como choque, raiva, revolta, tristeza, decepção, mágoa e depressão. Esses, também, foram manifestados em função de os parceiros terem omitido sua condição sorológica, mesmo tendo ciência dela. Neste sentido, vários estudos¹³⁸⁻¹⁴⁰ já relataram a vulnerabilidade das mulheres ao HIV em função de acreditarem estar protegidas da infecção pelo HIV/aids pelas normas que regem as relações estáveis, baseadas na confiança e no amor, colaborando para que os comportamentos preventivos sejam pouco ou não adotados. Apesar desses sentimentos, grande parte delas, não apresentou reação de ruptura da relação, embora a “mágoa” da traição as rondasse, influenciando o relacionamento sexual.

A dificuldade de negociação do uso do preservativo foi independente da relação conjugal ter se estabelecido antes ou após o conhecimento do *status* sorológico positivo para o HIV, e, se deu, tanto entre casais soroconcordantes, quanto sorodiscordantes. A principal razão para a não utilização do preservativo, como visto anteriormente, foi a recusa do parceiro, como também identificado em outros estudos com mulheres vivendo com HIV/aids^{55,57,119}. Estudos realizados com casais sorodiscordantes têm apontado a dificuldade de as mulheres convencerem seus parceiros quanto ao uso do preservativo^{123,126}. Apesar do medo da transmissão do HIV ao parceiro ou da reinfecção, a

prática sexual desprotegida é aceita pela mulher, a despeito da tensão gerada, demonstrando que a conduta preventiva está vinculada às relações de poder desiguais, que se dão na interação entre o casal¹²³.

Estudos^{123,138,-140} que enfocaram vulnerabilidades ao HIV revelaram que as desigualdades de poder com base no gênero, assim como, as normas que regem as relações estáveis determinam baixo poder de negociação das mulheres em relação ao sexo seguro. Os aspectos socioculturais relacionados às desigualdades de gênero, associados a outros que determinam a vulnerabilidade social das mulheres, são reconhecidos, dentre os principais desafios, para o enfrentamento da feminização da epidemia de aids, pelos órgãos formuladores das políticas, tanto no âmbito internacional⁵⁸ quanto nacional⁸².

Além de medidas político-sociais mais amplas, é necessário o estabelecimento de estratégias que aumentem as opções de proteção e prevenção sob controle das mulheres, inclusive considerando-se o preservativo feminino, uma vez que este era desconhecido por 14,7% das participantes do presente estudo e utilizado regularmente por, apenas, 11,9%. Estudo¹⁴¹ realizado com usuárias de serviços do Sistema Único de Saúde da Grande São Paulo apontou que 14,4% delas estavam em uso contínuo do preservativo feminino, ao final de 12 meses de seguimento. Concluíram que a disponibilidade de dois tipos de preservativos, provavelmente, aumentou o número de relações sexuais protegidas, à medida que possibilitou variações.

Deve ser considerada a possibilidade de maior divulgação sobre esta forma de proteção, inclusive promovendo troca de experiência com as mulheres que a vêm utilizando este preservativo com sucesso. Ademais, estabelecer apoio para aquelas que desejarem fazer uso deste insumo, e, para tal, profissionais de saúde devem ser sensibilizados e capacitados, além de se sugerir política regular de distribuição do mesmo nos serviços

especializados. Destaca-se a importância da inclusão do homem no aconselhamento sobre sexo seguro¹²².

Outra dificuldade identificada na manutenção do relacionamento foi quanto à diferença acerca do desejo sexual entre os parceiros. Identificou-se que muitas mulheres se submetiam ao desejo do outro, sentindo que esta é uma “obrigação” dentro do casamento. Foram repetidas as falas que apontaram a realização do sexo para a satisfação do companheiro, mais uma vez comprovando as desigualdades de gênero. De uma forma mais extrema, esta diferença contribuiu para o abuso sexual, com exemplos de depoimentos que deixaram transparecer o sexo realizado a força.

Apesar das dificuldades apontadas, as mulheres permaneciam na relação, em função de inseguranças quanto à sua situação emocional, familiar, financeira e mesmo, em face da expectativa de realização sexual. Maksud¹²³ apontou que entre casais sorodiscordantes para o HIV, sobretudo as mulheres, consideram a continuidade da aliança como único vínculo conjugal possível, relevante na socialização e no suporte material e emocional, corroborando os achados da presente investigação.

As mulheres que não tinham relacionamento afetivo-sexual relataram dificuldade de encontrar um parceiro decorrente da rejeição, medo de revelar o diagnóstico e ser rejeitada, de se envolver sentimentalmente, da recusa do parceiro em utilizar preservativo e de se contaminar ou de se reinfectar e/ou contrair uma DST. Dificuldades semelhantes foram, também, relatadas em estudos anteriores^{48,49,57,142,143}.

Dentre os motivos apontados pelas mulheres que declararam não ter atividade sexual, além das dificuldades relatadas acima, foram incluídos a falta de desejo sexual, perda da potência de seus parceiros e questões religiosas. Apenas uma mulher abstinha-se de relações sexuais em função de sintomatologia associada à aids. Schieltz et al.⁴⁹, também, observaram como razões para a inatividade sexual de mulheres vivendo com HIV/aids, a

falta de desejo, o medo de contaminação e da rejeição e Siegel et al.⁴⁸, além dessas, a perda da liberdade e espontaneidade durante o ato sexual e sentir-se menos atraentes sexualmente. Esses estudos corroboram os achados da presente investigação sugerindo que há maior relevância dos fatores culturais e psicossociais na abstinência sexual das mulheres, do que os associados à doença em si.

Algumas mulheres, apesar dos medos e das dificuldades percebidas, mostraram-se abertas a um novo relacionamento e outras declararam sua opção de se tornarem celibatárias.

Os depoimentos de que a vida sexual estava melhor e de autovalorização no sexo tiveram relação com a percepção de vulnerabilidade, das intervenções educativas e terapêuticas recebidas no serviço de saúde e do próprio amadurecimento, observação anteriormente feita por Paiva et al.⁵⁷. De um modo mais amplo, algumas mulheres declararam manter comportamentos que favoreciam sua saúde, como tomar os remédios e usar proteção nas relações sexuais em função do desejo de manterem-se vivas e bem para cuidar de seus filhos, como também observado em estudo anterior¹³³.

Em estudo de revisão da literatura¹⁴⁴, evidenciou-se que existem importantes fatores de proteção, que contribuem para a saúde e bem-estar dos portadores de HIV/AIDS, entre eles o enfrentamento cognitivo e a aceitação da infecção; a participação da família no tratamento e como fonte de apoio afetivo; o papel das organizações governamentais e não governamentais e a religiosidade. Os autores recomendam que a compreensão da resiliência como uma “capacidade de o ser humano de superar adversidades” seja essencial ao entendimento da infecção e tratamento de pacientes com HIV/AIDS, contribuindo para acabar com o estigma e preconceito em relação à doença e aos seus portadores. Para eles, essa perspectiva desmistifica a questão de que bem-estar e qualidade de vida são estados

contraditórios à vida das pessoas infectadas, além de contribuir para a elaboração de novas formas de prevenção e tratamento da doença.

6. CONCLUSÕES

A presente investigação permitiu identificar contextos psicossociais, culturais e estruturais que aumentam a vulnerabilidade das mulheres às doenças sexualmente transmissíveis, reinfecção pelo HIV e câncer de colo de útero. Estes contextos, em grande parte, são os mesmos vivenciados anteriormente ao diagnóstico da infecção pelo HIV, agora acrescidos de maior susceptibilidade biológica, em relação à aquisição de infecções do trato genital inferior e desenvolvimento do câncer do colo uterino e do estigma e preconceitos, associados à doença e aos portadores.

Foi possível identificar características do perfil das mulheres infectadas pelo HIV/aids, aqui investigadas, que podem estar relacionadas à vida em cidades do interior, mesmo que tenha sido o mais desenvolvido do país, o que sugere a necessidade de novas pesquisas com intuito de comparar estas populações. As características aqui encontradas foram: maior média de idade, maior multiplicidade de parceria sexual, maior proporção de mulheres com 12 ou mais anos de estudo, com prática de sexo em troca de dinheiro ou drogas, assim como maior consumo de drogas ilícitas, de álcool e tabaco. Por outro lado, identificou-se menor proporção de mulheres que tiveram conhecimento de seu *status* sorológico positivo por autopercepção.

O diagnóstico do HIV/aids, na maioria das vezes, se deu a partir do próprio adoecimento das mulheres ou o de seus parceiros, sugerindo que, além delas, os profissionais de saúde, também, não as percebiam com maior vulnerabilidade para a infecção.

Esta investigação possibilitou, ainda, identificar que a infecção pelo HIV/aids influenciou, de diferentes maneiras, a saúde sexual e reprodutiva das mulheres investigadas.

Identificou-se alta prevalência de mulheres com alterações no padrão da microbiota vaginal (51,8%), com DST (87,0%) e alterações citológicas no colo uterino (21,2%).

Os fatores independentemente associados à VB foram prova das aminas positiva e pH vaginal acima de 4,5 e à candidose vaginal, presença de eritema e/ou edema e/ou escoriação à inspeção da vulva e queixa de prurido genital.

A cor da pele negra e parda e a utilização de alguma droga ilícita triplicaram o risco de tricomoníase, assim como, a presença de conteúdo vaginal e o valor de pH maior que 4,5 constituíram-se em importantes indicadores desta infecção.

Da mesma forma que para a tricomoníase, a cor da pele negra e parda foi fator de risco para a infecção pela *C. trachomatis*, assim como, a presença de ectopia no colo uterino, aumentou em três vezes a probabilidade de ocorrência da mesma.

Vaginose bacteriana foi a única variável que se associou de forma independente ao HPV, sendo que este, foi identificado em 100,0% dos casos de citologia oncótica alterada.

Ter antecedente de lesão pré-neoplásica ou neoplásica aumentou em nove vezes o risco de neoplasia intraepitelial cervical de alto grau e idade inferior a 30 anos, aumentou em seis vezes a chance de apresentar lesão de baixo grau.

Observaram-se mudanças no padrão de uso de métodos anticoncepcionais: triplicou o número de mulheres com laqueadura de trompas, aumentou em seis vezes o uso do preservativo e em oito vezes o uso de métodos combinados e, por outro lado, reduziu-se o uso de anticoncepcionais hormonais e da não utilização de qualquer contraceptivo. Parcela significativa das mulheres desejava ter filhos.

A maioria das mulheres referiu mudanças na vida sexual em função do conhecimento de seu diagnóstico de infecção pelo HIV/aids: diminuição ou ausência de

desejo, refletindo na diminuição da frequência de relações sexuais, comprometimento negativo do prazer e mudança no tipo de contato sexual e, ainda, inatividade sexual.

Identificou-se prática de sexo inseguro, tanto entre casais soroconcordantes quanto discordantes, relacionada diretamente à recusa do parceiro na utilização do preservativo.

A análise qualitativa dos depoimentos das mulheres permitiu apreender aspectos subjetivos da vivência da sexualidade após a ciência da soropositividade. Identificaram-se diferentes níveis de satisfação com a vida sexual. No extremo, algumas declaram opção pela cessação da atividade sexual, outras, adaptação com o passar do tempo, outras, não ter havido modificações em nenhum momento e outras ainda, melhora, neste aspecto da vida. Porém, grande parte delas relatou piora na qualidade da vida sexual, bem como uma série de dificuldades neste aspecto, destacando-se, iniciar e manter um relacionamento afetivo-sexual.

A diminuição da qualidade da vida sexual relacionou-se tanto à resposta sexual, quanto à modificação no repertório das práticas sexuais, justificada pela tensão durante a relação sexual em função do medo de transmitir o HIV a seus parceiros não infectados, de se reinfectarem e/ou adquirirem outras DST, insegurança quanto à proteção oferecida pelo preservativo, comprometimento da autoimagem em função da lipodistrofia e uso obrigatório do preservativo, dentre outras. Entre as dificuldades percebidas para se iniciar e manter um relacionamento destacou-se a rejeição e o dilema de revelar o diagnóstico ao parceiro, sentimentos negativos como mágoa, decepção e raiva pela traição e, especialmente a dificuldade de negociação do uso do preservativo, claramente relacionada às diferenças de poder e gênero.

A vivência de situações de violência, seja doméstica, sexual ou moral, decorrente do estigma e preconceito foi marcante na vida de grande parte das mulheres.

Destaca-se a importância de “dar voz” às mulheres a fim de proporcionar atenção integral e individualizada e, considerando-se a alta prevalência de alterações no padrão da microbiota vaginal, na citologia oncológica e DST, sugere-se que estratégias de rastreamento regular, tratamento e seguimento ginecológico dessas mulheres sejam instituídos, a fim de reduzir a morbidade por essas afecções, bem como, a redução da transmissão de DST e do próprio HIV para parceiros não infectados. Ações de educação permanente em saúde devem ser efetivadas para as equipes dos municípios dos quais as mulheres eram procedentes, com vistas à sensibilização para a testagem sorológica para o HIV, capacitação para diagnósticos e tratamentos de afecções do trato genital inferior.

Conclui-se por fim, que este estudo vem contribuir para o planejamento de ações mais abrangentes, voltadas à promoção da saúde integral das mulheres vivendo com HIV/aids, à medida que levanta uma série de necessidades reais, relativas à saúde sexual e reprodutiva e contexto sócio-cultural e programático de vulnerabilidade de mulheres residentes no interior do Estado de São Paulo.

7 REFERÊNCIAS

1. UNAIDS/WHO [Internet]. Global HIV/Aids response: Epidemic Update and health sector progress towards Universal Access. Progress Report 2011. Geneva: UNAIDS/WHO; 2011 [Acesso 03 jan 2012]. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111130_UA_Report_en.pdf.
2. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST e Aids. Bol Epidemiol AIDS e DST [Internet]. 2011 jan/jun [acesso 03 jan 2012];8(1):3-26. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.
3. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST e Aids [Briefing]. Bol Epidemiol [Internet] 2011 jan/jun [acesso 03 jan 2012]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/noticia/2011/50650/briefing_boletim_25112011_pdf_29679.pdf.
4. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST e Aids. Bol Epidemiol AIDS e DST [Internet]. 2006 jan/jun [acesso 02 mai 2008];4(1):7-9. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.
5. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST e Aids. Vigilância em saúde. Análise do banco de dados nacional de Aids, 1980 a 2006 e gestante HIV+, 2000-2006. Bol Epidemiol AIDS e DST [Internet]. 2006 jan/jun [acesso 26 ago 2007];3(1):7-9. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.
6. Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. Rev Saúde Pública. 2006;40(Supl):9-17.
7. Santos NJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. Rev Bras Epidemiol. 2002;5:286-310.
8. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual de DST. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Bol Epidemiol DST/AIDS [Internet]. 2010 jan/jun [acesso 25 jul 2011];27(1):1-112. Disponível em: <http://www.crt.saude.sp.gov.br>.
9. Helfgott A, Eriksen N, Bundrick M, Lorimor R, Eckhount V. Vaginal infections in human immunodeficiency vírus-infected women. Am J Obstet Gynecol. 2000;183:347-55.
10. Campos A, Amaral E, Levi J E, Portugal P, Villarroel M, Bezerra KC, et al. Carga Viral de HIV em mulheres brasileiras infectadas pelo HIV. Rev Assoc Med Bras. 2008;54(1):67-71.

11. Duerr A, Heilig CM, Meikle SF, Cu-Uvin S, Klein RS, Rompalo A, et al. Incident and persistent vulvovaginal candidiasis among human immunodeficiency virus-infected women: risk factors and severity. *Obstet Gynecol.* 2003;101:548-56.
12. Risser WL, Bortot AT, Benjamins LJ, Feldmann JM, Barratt MS, Eissa M, et al. The epidemiology of sexually transmitted infections in adolescents. *Semin Pediatr Infect Dis.* 2005;16:160-7.
13. Hanson J, Posner S, Hassig S, Rice J, Farley TA. Assesment of sexually transmitted diseases as risk factors for HIV seroconversion in a New Orleans sexually transmitted disease clinic, 1990-1998. *Ann Epidemiol.* 2004;15:13-20.
14. Jamieson D, Duerr A, Klein R, Paramsothy P, Brown W, Cu-Uvin S, et al. Longitudinal analysis of bacterial vaginosis: findings from the HIV Epidemiology Research Study. *Obstet Gynecol.* 2001;98:656-63.
15. Moriuchi M, Moriuchi H, Willians R, Straus SE. Herpes simplex virus induces replication of human immunodeficiency virus tyo 1. *Virology.* 2000;278:534-40.
16. Moherdauí F. Interação DST-HIV. In: Passos ML. *Deesetologia - DST 5.* Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005. p.97-102.
17. Vermund SH, Wilson CM, Rogers AS, Partlow C, Moscicki AB. Sexually transmitted infections among HIV infected and HIV uninfected high-risk youth in the REACH study. *J Adolesc Health.* 2001;29 Suppl 3:49-56.
18. Sagay AS, Kapiga SH, Imade GE, Sankale JL, Idoko J, Kanki P. HIV infection among pregnant in Nigeria. *Int J Gynecol Obstet.* 2005;90:61-7.
19. Rodrigues EH, Abath FGC. Doenças sexualmente transmissíveis em pacientes infectados com HIV/Aids no Estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2000;33:47-52.
20. Pires ICP, Miranda AEB. Prevalência e fatores correlatos para o HIV e sífilis em prostitutas atendidas em Centro de Referência DST/AIDS. *RBGO.* 1998;20:151-4.
21. Plourd PJ, Pepin J, Agoki E, Ronald AR, Ombette J, Tyndall M, et al. Human immunodeficiency virus type 1 seroconversion in women with genital ulcers. *J Infect Dis.* 1994;170:313-7.
22. Flemming DT, Wasserheit JN. from epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV-1 infection. *Sex Transm Infect.* 1999;75:3-17.
23. Levine WC, Pope V, Bhoomkar A, Increase in endocervical CD4 lymphocytes among women with nonulcerative sexually transmitted diseases. *J Infect Dis.* 1998;177:167-74.
24. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Estrategia mundial de prevención y control de las

- infecciones de transmisión sexual 2006–2015 [Internet]. Geneve: WHO; 2012 [Acesso 29 jan 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/es/index.html>.
25. Kinghorn GR. Genital herpes: natural history and treatment of acute episodes. *J Med Virol*. 1993;Supl 1:33-8.
 26. Pereira DB, Antoni MH, Danielson A, Simon T, Efantis-Potter J, Carver CS, et al. Stress as a predictor of symptomatic genital herpes virus recurrence in women with human immunodeficiency virus. *J Psychosom Res*. 2003;54:237-44.
 27. Schacker T, Rumcarz AJ, Goddard J, Diem K, Shaughness M, Corey L. Frequent recovery of HIV-1 from genital herpes simplex virus lesions in HIV-1 infected men. *JAMA*. 1998;280:61-6.
 28. Lusso P, De Maria A, Malnati M, Lori F, De Rocco SE, Baseler M, et al. Induction of CD4 and susceptibility to HIV-1 infection in human CD8+ T lymphocytes by human herpes virus 6. *Nature*. 1999;349:533-5.
 29. Van Benthem BH, Spaargaren J, van Den Hoek JA, Merks J, Coutinh RA, Prins M. Prevalence and risk factors of HSV-1 and HSV-2 antibodies in European HIV infected women. *Sex Transm Infect*. 2001;77:120-4.
 30. Klebanoff SL, Coombs RW. Virucidal effect of *Lactobacillus acidophilus* on human immunodeficiency virus type-1: possible role in heterosexual transmission. *J Exp Med*. 1991;174:289-92.
 31. Gibbs RS. Asymptomatic bacterial vaginosis: is it to treat? *Am J Obstet Gynecol*. 2007;495-6.
 32. Marazzo JM. Interpreting the epidemiology and natural history of bacterial vaginosis: Are we still confused? *Clin Microbiol*. 2011;17:186-90.
 33. Rotstein OD, Pruett TL, Fiegel VD, Nelson RD, Simmons RL. Succinic acid, a metabolic by-product of bacteroides species, inhibits polymorphonuclear leukocyte function. *Infect Immun*. 1985;48(2):402-8.
 34. Donders GGG, Vereecken A, Bosmans E, Dekeersmaecker A, Salembier G, Spitz B. Definition of a type of abnormal vaginal flora that is distinct from bacterial vaginosis: aerobic vaginitis. *Br J Obstet Gynaecol*. 2002;109:34-43.
 35. Nappi L, Carriero C, Bettocchi S, Herrero J, Vimercati A, Putignano G. Cervical squamous intraepithelial lesions of low-grade in HIV-infected women: recurrence, persistence, and progression, in treated and untreated women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005;121:226-32.
 36. Heard I, Tassie JM, Schmitz V, Mandelbrot L, Kazatchkine MD, Orth G. Increased risk of cervical disease among human immunodeficiency virus-infected women with

- severe immunosuppression and high human papillomavirus load. *Gynecol Oncol.* 2000;96:403-9.
37. Bongain A, Rampal A, Durant J, Michiels JF, Dellamonica P, Gillet JY. Cervical intra-epithelial neoplasia in women infected with human immunodeficiency virus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1995;65:195-9.
 38. Palefsky JM, Minhoff H, Kalish LA, Levine A, Sacks HS, Garcia P, et al. Cervicovaginal human papillomavirus infection in human immunodeficiency virus-1 (HIV)-positive and high-risk HIV-negative women. *J Natl Cancer Inst.* 1999;91:226-36.
 39. Volkow P, Rubi S, Lizano M, Carrillo A, Vilar-Compte D, Garcia-Carrancá A, et al. High prevalence of oncogenic human papillomavirus in the genital tract of women with human immunodeficiency virus. *Gynecol Oncol.* 2001;82:27-31.
 40. Levi JE, Fernandes S, Tateno AF, Motta E, Lima LP, Eluf-Neto J, et al. Presence of multiple human papillomavirus types in cervical samples from HIV-infected women. *Gynecol Oncol.* 2004;92:225-31.
 41. Parham GP, Sahasrabudhe VV, Mwanahamuntu MH, Shepherd BE, Hicks ML. Prevalence and predictors of squamous intraepithelial lesions of the cervix in HIV-infected women in Lusaka, Zambia. *Gynecol Oncol.* 2006;103:1017-22.
 42. Del Mistro A, Bianchi LC. HPV-related neoplasias in HIV-infected individuals. *Eur J Cancer.* 2001;37:1227-35.
 43. Chirenje ZM. HIV and cancer of the cervix. *Best Pract Res.* 2005;19:269-76.
 44. Sanjosé S, Palefsky J. Cervical and anal HPV infections in HIV positive women and men. *Virus Res.* 2002;89:201-11.
 45. Centers Disease Control and Prevention. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1992;41:1-19.
 46. Schiltz MA, Sandfort GM. HIV-positive people, risk and behaviour. *Soc Sci Med.* 2000;50:1571-88.
 47. Troussier T, Tourette-Turgis C. La qualité de la vie sexuelle et affective favorise la prévention chez les personnes vivant avec le VIH. *Sexologies.* 2006;15:165-75.
 48. Siegel K, Schrimshaw EW, Lekas HM. Diminished sexual activity, interest, and feelings of attractiveness among HIV-infected women in two eras of the AIDS epidemic. *Arch Sex Behav.* 2006; 35(4):437-49.
 49. Schiltz MA, Bouhnik AD, Préau M, Spire B. La sexualité des personnes atteintes par le HIV: l'impact d'une infection sexuellement transmissible. *Sexologies.* 2006;15:157-64.

50. Galvão MTG, Cerqueira ATAR, Marcondes-Machado J. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-Qol. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20:430-7.
51. Freitas MRI, Gir E, Rodrigues ARF. Compreendendo a sexualidade de indivíduos portadores de HIV-1. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(3):258-63.
52. Galvão MTG. Avaliação do comportamento e das atitudes dos portadores de HIV, doentes ou não: comparação entre indivíduos adultos do sexo masculino e feminino. *Rev Soc Bras Med Trop*. 1999;32:453-4.
53. Nunes CLX, Gonçalves LA, Silva PT, Bina JC. Características clinicoepidemiológicas de um grupo de mulheres com HIV/AIDS em Salvador-Bahia. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2004;37:436-40.
54. Moore AR, Oppong J. Sexual risk behavior among people living with HIV/AIDS inTogo. *Soc Sci Med*. 2006;64:1057-66.
55. 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.
56. Reis RK, Gir E. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):759-65.
57. 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.
58. 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 [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.
59. Ayres JRJM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p.117-39.
60. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRJM. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1335-42.
61. Brasil Hoje. Porte do Município [Internet]. 2010 [25 set 2011] Disponível em: http://www.brasilhoje.cenpec.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4:porte-do-municipio&catid=7:populacao&Itemid=10.
62. National Cancer Institut. Bethesda 2001: arevised system for reporting pap test results aims to improve cervical cancer screening [Internet]. Bethesda: National Cancer

- Institut; 2001 [24 out 2009]. Disponível em: <http://www.cancer.gov/newscenter/bethesda2001>.
63. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. *J Clin Microbiol.* 1991;29:297-301.
 64. Manos MM, Ting Y, Wright DK, Lewis AJ, Broker TR, Wolinsky SM. Use of polymerase chain reaction amplification for the detection of genital human papillomaviruses. *Cancer Cell.* 1989;7:209-14.
 65. De Roda Husman AM, Walboomers JMM, Van Den Brule AJC, Meijer CJLM, Snijders PJF. The use of general primers GP5 and GP6 elongated at their 3'ends with adjacent highly conserved sequences improves human papillomavirus detection by PCR. *J Gen Virol.* 1995;76:1057-62.
 66. Bauer HM, Ting Y, Greer CE, Chambers JC, Tashiro CJ, Chimera J, et al. Genital human papillomavirus infection in female university students as determined by a PCR-based method. *JAMA.* 1991;265:472-7.
 67. Marcolino LD, Poletini J, Tristão AR, Marques MEA, Candeias JMG, Vela RAR, et al. Coinfecção de *Chlamydia trachomatis* e HPV em mulheres com condiloma acuminado. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2008;20:87-92.
 68. Sanguinetti CJ, Dias Neto E, Simpson AJ. Rapid silver staining and recovery of PCR products separated on polyacrylamide gels. *Biotechniques.* 1994;17:914-21.
 69. Bernard HU, Chan SY, Manos MM, Ong CK, Villa LL, Delius H, et al. Identification and assessment of known and novel human papillomaviruses by polymerase chain reaction amplification, restriction fragment length polymorphisms, nucleotide sequence, and phylogenetic algorithms. *J Infect Dis.* 1994;170:1077-85.
 70. Gravitt PE, Peyton CL, Alessi TQ, Wheeler CM, Coutlée F, Hildesheim A, et al. Improved amplification of genital human papillomaviruses. *J Clin Microbiol.* 2000;38:357-61.
 71. Bardin L. Análise do conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2003. 326 p.
 72. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9a ed. São Paulo: Hucitec;2006. 406p.
 73. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades @. [Internet]. Brasília; 2011 [acesso 29 mai 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
 74. Nunes CLX, Gonçalves LA, Silva PT, Bina JC. Características clinicoepidemiológicas de um grupo de mulheres com HIV/AIDS em Salvador- Bahia. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2004;37(6):436-40.

75. 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.
76. 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.
77. 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.
78. Brito DMS, Galvão MTG, Pereira MLD. Marcadores de vulnerabilidade ao câncer de colo do útero em mulheres infectadas pelo HIV. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011;19(3):500-7.
79. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. A utilização do conceito “Vulnerabilidade” pela Enfermagem. *Rev Latino-am Enferm*. 2008;16(5):923-8.
80. Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2008;22 Supl 1:45-53.
81. 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.
82. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST e Aids. Área Técnica de Saúde da Mulher. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Fundo de População das Nações Unidas. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
83. 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.
84. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2010. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília: MS; 2010. [Acesso 21 jul 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_180411.pdf .
85. Instituto nacional de Câncer (BR). Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2012 [Acesso 6 jan 2012]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/progr_ama_nacional_controle_cancer_colo_uterio/deteccao_precoce .
86. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira -2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. n. 27.
87. Fundação Sistema Estadual de Análise de dados [Internet]. 2011 [acesso 20 jul 2011]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>.

88. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília; 1988 [Acesso 21 jul 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.
89. Ministério da Saúde (BR). Lei 8080, de 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [Acesso 21 jul 2011]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>.
90. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(11):2449-63.
91. Guimarães PN, Martin D, Quirino J. Aids em área rural de Minas Gerais: abordagem cultural. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(3):412-8.
92. Praça NS, Latorre MR, Hearst N. Fatores associados à percepção de risco de infecção pelo HIV por puérperas internadas. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(5):543-51.
93. Campos A, Amaral E, Levi JE, Portugal P, Villarroel M, Bezerra KC, et al. Carga viral vaginal de HIV em mulheres brasileiras infectadas pelo HIV. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(1):67-71.
94. Sha BE, Zariffard R, Wang QJ, Chen HY, Bremer J, Cohen MH, et al. Female genital-tract HIV load correlates inversely with *Lactobacillus* species but positively with bacterial vaginosis and *Mycoplasma hominis*. *J Infect Dis*. 2005;191(1): 25-32.
95. Greenblatt RM, Bacchetti P, Barkan S, Augenbraun M, Silver S, Delapenha R, et al. Lower genital tract infections among HIV-infected and high-risk uninfected women. *Sex Transm Dis*. 1999;26(3):143-51.
96. Goel V, Bhalla P, Sharma A, Mala YM. Lower genital tract infections in HIV-seropositive women in India. *Indian J Sex Transm Dis*. 2011;32(2):103-7.
97. Oliveira PM, Mascarenhas RE, Ferrer SR, Oliveira RPC, Travessa IEM, Gomes MVC, et al. Vulvovaginites em mulheres infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(3):121-6.
98. Watts DH, Sprenger G, Minkoff H, Hillier SL, Jacobson L, Moxley M, et al. The occurrence of vaginal infection among HIV-infected and high-risk hiv-uninfected womaem longitudinal findings of the women's interagency hiv study. *J Acquir Defic Syndr*. 2006;43(2):161-8.
99. Kalichman SC, Pellowski J, Turner C. prevalence of sexually transmitted co-infections in people living with HIVv/aids: systematic review with implications for using hiv treatments for prevention. *Sex Transm Infect*. 2011;87:183-90.

100. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KC, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med.* 1983;74(1):14-22.
101. Livengog CH. Bacterial vaginoses:an overview for 2009. *Rev Obstet Gynecol.* 2009;2(1):28-37.
102. Gondo DCAF, Duarte MTC, Silva MG, Parada CMGL. Alteração de flora vaginal em gestantes de baixo risco, atendidas em serviço público de saúde: prevalência e associação à sintomatologia e achados do exame ginecológico. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. Set-out 2010 [acesso 30 mai 2011]:[09telas]. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>.
103. Abbott J. Clinical and Microscopic Diagnosis of vaginal yeast infection: a prospective analysis. *Ann Emerg Med.* 1995;25(5):587-91.
104. Minkoff HL, Eisenberger-Matityahu D, Feldman J, Burk R, Clarke L. Prevalence and Incidence of Gynecologic Disorders Among Women Infected With Human Immunodeficiency Virus. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180:824-36.
105. Miller M, Liao Y, Gomez AM, Gaydos CA, D'Mellow D. Factors associated with the prevalence and incidence of *Trichomonas vaginalis* infection among African American women in New York city who use drugs. *J Infect Dis.* 2008;197(4):503-9.
106. King CC, Jamieson DJ, Wiener J, Cu-Uvin S, Klein RS, Rompalo AM, et al. Bacterial vaginosis and the natural history of human papillomavirus. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2011:1-8.
107. Tanton C, Weiss HA, Le Goff J, Chagalucha J, Rusizoka M, Baisley K, et al. Correlates of HIV-1 genital shedding in tanzanian women. *PLoS One.* 2011;6(3): e17480.
108. Manning SE, Pfeiffer MR, Nash D, Blank S, Sackoff J, Schillinger J. Incident sexually transmitted infections among persons living with diagnosed HIV/AIDS in New York city, 2001-2002: a population-based assessment. *Sex Transm Dis.* 2007;34(12):1008-15.
109. Wiesenfeld HC, Hillier SL, Krohn MA, Landers DV, Sweet R. Bacterial vaginosis is a strong predictor of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* infection. *Clin Infect Dis.* 2003;36:663-8.
110. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
111. Machado Junior LC, Dalmaso ASW, Carvalho HB. Evidence for benefits from treating cervical ectopy: literature review. *Sao Paulo Med J.* 2008;126(2):132-9.

112. Dal Pogetto MRB, Silva MG, Parada MCGL. Prevalence of sexually transmitted diseases in female sex workers in a city in the interior of São Paulo, Brazil. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011;19(3):493-9.
113. Auge APF, Piato S, Frade AB, Paes RP, Moura CMC, dos Santos ALD, et al. Frequencia de Neoplasia Intra-epitelial Cervical Portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana. *RBGO*. 2000;22(9):573-7.
114. Entiauspe LG, Teixeira LO, Mendonza-Sassi RA, Gonçalves CV, Gonçalves P, Martinez AMB. Papilomavírus humano: prevalência e genótipos encontrados em mulheres HIV positivas e negativas, em um centro de referência no Extremo Sul do Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010;43(3):260-3.
115. Pinto VM, Golub JE, Tancredi MV, Alencar RS, Miranda AE. Cervical cytology and histopathologic abnormalities in women living with aids in São Paulo, Brazil. *Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;57(3):212-6.
116. Coelho RA, Facundo MKF, Nogueira AL, Sakano CRB, Ribalta JCL, Baracat EC. Relação entre diagnóstico citopatológico de neoplasia intra-epitelial cervical e índices de células CD4+ e de carga viral em pacientes HIV-Soropositivas. *RBGO*. 2004;26(2):97-102.
117. Vasconcelos SB, Galvão MTG. Opções contraceptivas entre mulheres vivendo com HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm*. 2004;13(3):369-75.
118. Ministério da Saúde (BR). Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2008. Suplemento III – tratamento e prevenção. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
119. Lambert S, Keegan A, Petrak J. Sex and relationships for HIV positive women since HAART: a quantitative study. *Sex Transm Infect*. 2005;81:333-7.
120. Florence E, Schrooten W, Dreezen C, Gordillo V, Nilsson Schönnesson L, Asboe D, et al. Prevalence and factors associated with sexual dysfunction among HIV-positive women in Europe. *AIDS Care*. 2004;16(5):550-7.
121. Scanavino MT, Abdo CHN. Sexual dysfunctions people with aids in Brazil. *Clinics*. 2010;65(5):511-9.
122. Yamaçake A, Santos NJS, Figueiredo R, organizadores. Conjugalidade e prevenção às DST/Aids. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS. Centro de Referência em DST/AIDS; 2010. 42p.
123. Maksud I. O discurso da prevenção da aids frente às lógicas de casais sorodiscordantes: sobre normas e práticas. *Physis (Rio J)*. 2009;19(2):349-69.
124. Berquó E, Barbosa RM, Lima LP. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. *Rev Saúde Pública* 2008;42 Supl 1:34-44.

125. Paz-Bailey G, Isern Fernandez V, Morales Miranda S, Jacobson JO, Mendoza S, Paredes MA, et al. Unsafe Sexual Behaviors Among HIV-Positive Men and Women in Honduras: The Role of Discrimination, Condom Access, and Gender. *Sex Transm Dis.* 2012;39(1):35-41.
126. Reis RK, Gir E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. *Rev Latino-Am Enferm.* 2005;13(1):32-7.
127. Gomes AMT, Silva EMP, Oliveira DC. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. *Rev Latino-Am Enferm.* 2011;19(3):485-92.
128. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 1988.
129. Parker R, Aggleton P. Cidadania e direitos n.1: Estigma, discriminação e Aids. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA; 2001. 45p. Coleção ABIA.
130. UNAIDS. 26th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board. Non-discrimination in HIV responses [Internet]; 2010 June 22-24 [20 Jan 2012]; Geneva, Switzerland. Geneva: UNAIDS; 2010. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/priorities/20100526_non_discrimination_in_hiv_en.pdf.
131. Melchior R, Nemes MIB, Alencar TMD, Buchalla CM. Challenges of treatment adherence by people living with HIV/AIDS in Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(2 Supl.).
132. Garrido PB, Paiva V, Nascimento VLV, Sousa JB, Santos NJS. Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. *Rev Saude Publica.* 2007;41 Supl 2:72-9.
133. Tunala LG. Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. *Rev Saúde Pública.* 2002;36 Supl 4:24-31.
134. Pascual A. Preconceito e discriminação: violências não visíveis contra os portadores de HIV/aids no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. Brasília : Ministério da Saúde; 2008. p.27-32. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Parcerias e Mobilização Social, 6.
135. Luzi K, Guaraldi G, Murri R, De Paola M, Orlando G, Squillace N, et al. Body image is a major determinant of sexual dysfunction in stable HIV-infected women. *Antivir Ther.* 2009;14(3):465.
136. Gonçalves TR, Carvalho FT, Faria ER, Goldim JR, Piccinini CA. Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/Aids: revisando a literatura. *Psicol Soc.* 2009;21(2):223-32.

137. Silva JM, Silva CRC. HIV/AIDS e violência: da opressão que cala à participação que acolhe e potencializa. *Saúde Soc.* 2011;20(3):65-46.
138. Garcia S, Souza FM. Vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: iniqüidades de gênero, raça e geração. *Saúde Soc.* 2010;19 Supl 2:9-20.
139. Maia C, Guilhem D, Freitas D. Vulnerabilidade ao HIV/aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(2):242-8.
140. Nascimento AMG, Barbosa CS, Medrado B. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005;5(1):77-86.
141. Kalckmann S, Farias N, Carvalheiro JR. Avaliação da continuidade de uso do preservativo feminino em usuárias do Sistema Único de Saúde em unidades da região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2009; 12(2):132-43.
142. Cechim PL, Selli L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(2):145-9.
143. Carvalho CML, Galvão MTG, Silva RM. Alterações na vida de mulheres com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida em face da doença. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(1):94-100.
144. Carvalho FT, Morais NA, Koller SH, Piccinini CA. Fatores de proteção relacionados à resiliência em pessoas que vivem com HIV/aids. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(9):2023-33.

ANEXO I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data: __/__/__

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ nº. _____ Bairro: _____

CEP: _____ Município: _____ Fone: _____

Idade: _____ Estado civil: () Casada () União estável () Solteira () outros

Anos aprovados de escolaridade: _____ Trabalha: () Sim () Não

Ocupação: _____ Previdência: () Sim () Não

Ano do diagnóstico: _____

Via de infecção do HIV: () Relação sexual com parceiro bissexual
() Relação sexual com parceiro UGI
() Relação sexual com parceiro c/múltiplas parceiras
() Relação sexual com múltiplos parceiros
() Uso de DI () Transfusão sangue/hemoderivados
() Vertical () Ignorada

Faz tratamento com HAART: () Regular () Irregular () Não faz

Idade da Menarca: _____ anos Idade da 1ª. Relação: _____ anos DUM: __/__/__

Ciclos menstruais: () Regulares () Irregulares Intervalo: _____ Duração: _____

Dismenorréia: () Sim () Não Menopausa: () Sim () Não TRH: () Sim () Não

Você tinha vida sexual ativa antes de receber o diagnóstico da infecção pelo HIV?

() Sim () Não

Você tem vida sexual ativa atualmente? () Sim () Não

Por que? _____

MAC (Anterior ao diagnóstico) _____

MAC atual: _____

G P A C (Anterior ao diagnóstico) G P A C (Posterior ao diagnóstico)

Antes de receber o diagnóstico você desejava ter mais filhos? () Sim () Não

Você deseja ter mais filhos agora? () Sim () Não

Qual sua orientação sexual? () Heterossexual () Homossexual () Bissexual

Nº parceiros sexuais na vida: _____ Nº parceiros sexuais no último ano: _____

Nº parceiros sexuais nos últimos 3 meses: _____

Uso de preservativos: () Todas as relações () Na maioria das relações

() Às vezes () Não usa

Usou preservativo na última relação? () Sim () Não

Por que você não usa preservativo?

() Não consegue negociar com o parceiro () O parceiro não gosta de usar

() O parceiro é soroconcordante () Confia no parceiro

() Não dá tempo (Tesão) () outro: _____

Você já usou o preservativo feminino? () Sim () Não

Você usa o preservativo feminino? () Sim Não ()

O que você acha dele? _____

Após o diagnóstico de infecção pelo HIV mudou alguma coisa na sua vida sexual?

A frequência das relações mudou? () Sim () Não

Qual é a frequência atual? _____

O desejo sexual mudou? () Sim () Não

Como está o seu desejo sexual atualmente? _____

O prazer nas relações mudou? () Sim () Não

Como está o prazer sexual atualmente? _____

O tipo de contato (vaginal, oral, anal) nas relações mudou? () Sim () Não

O que mudou? _____

Por que razão ocorreram essas mudanças?

Uso de substâncias no último ano

Tabaco () Sim () Não Freqüência: _____
 Maconha () Sim () Não Freqüência: _____
 Cocaína () Sim () Não Freqüência: _____
 Crack () Sim () Não Freqüência: _____
 Injetáveis () Sim () Não Freqüência: _____
 Outras () Sim () Não Freqüência: _____
 Álcool () Sim () Não Freqüência: _____
 Você faz ducha vaginal? () Sim () Não Com que substância? _____

Freqüência: _____

Você já teve **alguma DST ou infecção genital?** () Sim () Não

() Corrimentos () Verrugas () Feridas () Sífilis () Gonorréia _____

Última COT: __/__/__ **Resultado:** () Nml/alt cel benignas () Lesão baixo grau

() lesão alto grau () Atipia de cel escamosas () Atipia cel glandulares

Queixa ginecológica: _____

Corrimento: () Sim () Não () às vezes

Duração: () ≤7 dias () 8-30 dias () > 30 dias () Ignorado

Intensidade: () Pouco () Moderado () Muito

Aspecto: () Fluido () Pastoso () Misto

Cor: Amarelado () Branco () Esverdeado () Ignorado

Odor: () Sim () Não () às vezes **Prurido:** () Sim () Não () às vezes

Exame ginecológico:

Vulva: () sem alterações

Vagina: () sem alterações pH: ____ WT: () positivo Negativo () **Conteúdo:**

Intensidade: () Pouco () Mod () Muito **Aspecto:** () Fluido () Pastoso () Misto

Cor: Amarelado () Branco () Esverdeado () Outro

Colo: () Sem alterações JEC: _____

Toque: () Sem alterações

Exame à fresco: () VB () Candidíase () *T. vaginalis*

Coloração de gram: _____

Cultura para *Trichomonas vaginalis* () Positiva () Negativa

Cultura para *Neisseria gonorrhoeae* () Positiva () Negativa

Cultura para *Cândida* () Positiva () Negativa

Tipagem da cândida: _____

PCR para HPV: () Positiva () Negativa

Genótipos HPV: _____

PCR para *Chlamydia trachomatis*: () Positiva () Negativa

VDRL: _____

FTABS: _____

Contagem de células TCD4+: _____

Carga viral: _____

Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a senhora para participar da pesquisa “**Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com HIV/aids atendidas em Hospital Dia**”, que tem por objetivo analisar a repercussão da infecção pelo HIV na saúde sexual e reprodutiva de mulheres atendidas no Hospital Dia de Aids da FAMESP, Complexo Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Sua participação implicará em responder as questões da entrevista, e submeter-se a exame ginecológico, que serão realizados pela pesquisadora. Para o exame ginecológico, será necessária a introdução de um aparelho de metal, estéril, conhecido como “bico de pato” (espéculo), que afastará as paredes vaginais, a fim de permitir a visualização das mesmas e do colo do útero, bem como a coleta de amostras (secreção) para exames laboratoriais. O material da parede vaginal e do colo do útero será coletado por meio de um cotonete, para verificação da presença de microorganismos que causam doenças. Será, também, realizada coleta de material com uma espátula de madeira (tipo palito de sorvete) e escovinha para fazer o exame de Papanicolaou. Esta pesquisa é de responsabilidade da Prof^a. Assistente do Departamento de Enfermagem, Enfermeira Marli Teresinha Cassamassimo Duarte, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Lenice do Rosário de Souza, do Departamento de Doenças Tropicais e Diagnóstico por Imagem da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Pelo presente instrumento, eu _____, devidamente, esclarecida, ciente dos procedimentos aos quais serei submetida, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, e ciente, também, de que as informações serão utilizadas exclusivamente pelas pesquisadoras, que manterão sigilo sobre minha identidade, e que as mesmas estarão disponíveis para responder a quaisquer perguntas e de que **posso retirar este consentimento a qualquer hora sem prejuízo do meu atendimento neste Hospital**, firmo meu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, concordando em participar da pesquisa proposta.

Botucatu, _____ de _____ de 20__

Assinatura da paciente

Prof^a. Marli T.Cassamassimo Duarte
R. Itagiba de Moraes Pupo, nº 41
Jd. Alvorada, São Manuel, 18650-000
Fone: 14 38414272
e-mail: mtduarte@fmb.unesp.br

Prof^a. Dr^a. Lenice do Rosário de Souza
R Salim Kahil, nº 150
V Nogueira, Botucatu, 18606-760
Fone: 14 38821395
e-mail: souza@fmb.unesp.br



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 03 de dezembro de 2007

OF. 501/2007-CEP

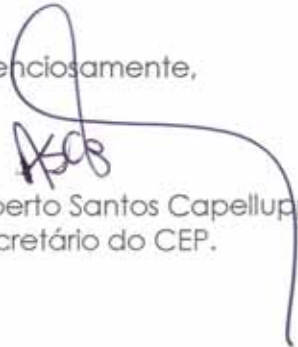
Ilustríssima Senhora
Profª Drª Lenice do Rosário de Souza
Departamento de Doenças Tropicais e Diagnóstico por Imagem
Faculdade de Medicina de Botucatu.

Prezada Drª Lenice,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP informo que o Projeto de Pesquisa "**Saúde Sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com HIV/aids atendidas no Serviço de ambulatórios especializados e Hospital dia/aids da FAMESP, complexo Faculdade de Medicina de Botucatu- UNESP**", que será conduzida por Marli Teresinha Cassamassimo Duarte, orientada por Vossa Senhora, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 03/12/2007.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "**Relatório Final de Atividades**".

Atenciosamente,


Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.