UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JOICE GASPAR

Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com infecção genital pelo Papilomavirus humano atendidas em um hospital de referência do interior paulista

Ribeirão Preto

2013

JOICE GASPAR

Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com infecção genital pelo Papilomavirus humano atendidas em um hospital de referência do interior paulista

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental

Linha de Pesquisa: Doenças infecciosas: problemática e estratégias de enfrentamento

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Elucir Gir

Ribeirão Preto
2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação da Publicação

Serviço de Documentação de Enfermagem

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

Gaspar, Joice

Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com infecção genital pelo Papilomavirus humano atendidas em um hospital de referência do interior paulista.

109 f.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Área de concentração: Doenças infecciosas.

Orientadora: Gir, Elucir.
1. Papilomavirus humano
2. Mulheres
3. Enfermagem

GASPAR, Joice

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE MULHERES COM INFECÇÃO GENITAL PELO PAPILOMAVIRUS HUMANO ATENDIDAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO INTERIOR PAULISTA

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental

Aprovado em: ___/___/___

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada. Eu nada seria sem a fé que tenho Nele.

Aos meus pais Dorival e Neila, que dignamente me apresentaram à importância da família e ao caminho da honestidade e persistência.

Sem vocês nenhuma conquista valeria a pena.

Ao meu namorado Gabriel, pelo apoio incondicional em todos os momentos, principalmente nos de incerteza, muito comuns para quem tenta trilhar novos caminhos.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*À **Prof.ª Dr.ª Elucir Gir**, que nos anos de convivência, muito me ensinou, contribuindo para meu crescimento científico e intelectual.*

Meu reconhecimento pela oportunidade de realizar este trabalho ao lado de alguém tão bem conceituado.

Meu respeito e admiração por sua sabedoria, capacidade de análise do perfil de seus alunos, e pelo seu dom e dedicação ao ensino da Ciência, inibindo tantas vezes inúmeros prazeres da vida em prol do ensino e da pesquisa.

Minha eterna gratidão por aceitar a tarefa de me orientar e por contribuir decisivamente com a qualidade deste trabalho.

*À **Prof.ª Dr.ª Silvana Maria Quintana**, pela sua competência, participação nas discussões, pelas valorosas sugestões e por toda contribuição a este trabalho.*

*À **Prof.ª Dr.ª Renata Karina Reis**, que me acompanhou do início da graduação ao término do mestrado na árdua e empolgante tarefa das pesquisas, por todo empenho, por sua ajuda e interesse, e pelas sábias idéias.*

AGRADECIMENTOS

À Miyeko, pela contribuição estatística, pelas sugestões, discussões, busca de resultados, ensinamentos e empenho no intuito de chegar a excelência.

Aos profissionais do Serviço de Moléstias Infecciosas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, em especial a Dr.ª Patrícia Pereira dos Santos Melli, pela colaboração e estímulo na realização desta pesquisa.

Às colegas do NAIDST, pela espontaneidade e alegria na troca de informações e materiais, numa rara demonstração de amizade e solidariedade. Em especial a Fernanda Maria Vieira Pereira pela colaboração na organização dos dados.

À minha amiga Maria Cristina Mendes de Almeida, por dividir comigo as alegrias e os sofrimentos, pelas conversas e desabafos nos inúmeros e longos telefonemas e por me fazer rir e relaxar nos momentos de intervalo.

Aos meus familiares que sempre me deram amor e força, valorizando meus potenciais.

Ao meu pai, que instituiu minha formação acadêmica como meta principal em sua vida. Obrigada por acreditar em mim.

À minha mãe, por toda a dedicação e amor incondicional, por me entender melhor do que ninguém e pela possibilidade de poder experimentar um amor que compreende e transborda.

Ao meu namorado, companheiro e amigo, por me ajudar de inúmeras maneiras a concluir este trabalho, por ser meu refúgio, meu melhor lugar, por me deixar mais alegre e me fazer sentir mais segura.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela oportunidade e pelo privilégio de realização do curso de mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Aos pacientes, objetivo maior de toda atividade científica.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução dessa Tese de Mestrado.

“A cada dia que vivo, mais me convenço de que o desperdício da vida está no amor que não damos, nas forças que não usamos, na prudência egoísta que nada arrisca e que, esquivando-nos do sofrimento, perdemos também a felicidade”.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

GASPAR, J. **Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com infecção genital pelo Papilomavirus humano atendidas em um hospital de referência do interior paulista.** 2013. 109 f. Tese (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2013.

Introdução: A infecção pelo Papilomavirus humano (HPV) enquadra-se como um problema de saúde pública, sendo considerada a infecção sexualmente transmissível (IST) mais comum. Estima-se, mundialmente, que aproximadamente 600 milhões de pessoas possuam o vírus do HPV e que em torno de 75 a 80% das pessoas adquiram-no em algum momento da vida. **Objetivo**: Analisar os aspectos sociodemográficos e clínicos em mulheres com infecção genital pelo HPV associando-os com o tipo de lesão genital e a sorologia reagente ou não reagente para o HIV e avaliar o seguimento clínico de mulheres com lesão intraepitelial de alto grau (HSIL) causada pelo HPV, que foram submetidas à cirurgia de alta frequência (CAF). **Metodologia:** Estudo transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado no Serviço de Moléstias Infecciosas em Ginecologia e Obstetrícia (SEMIGO) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Foram estudadas 1027 mulheres com diagnóstico de infecção genital pelo HPV, nas suas expressões lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL), HSIL, condilomatoses (vulvar, vaginal, cervical e perianal), ou por identificação de sequências de DNA-HPV por meio de técnicas de biologia molecular. Foram elaborados dois formulários estruturados especificamente para este estudo, um referente às variáveis sociodemográficas e clínicas e outro ao seguimento clínico, ambos validados quanto à forma e conteúdo por três especialistas em infecção por HPV. A coleta de dados foi realizada por meio de consulta ao banco de dados eletrônico do local de estudo, elaborado com o software *File Maker Pro* 11. A população foi caracterizada por meio de estatística descritiva e os dados foram processados e analisados pelo software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 16.0 for Windows. Para verificar a associação, realizou-se o teste qui-quadrado e análise de regressão logística com cálculo de *odds ratio* e com intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** A faixa etária predominante foi entre 20 e 29 anos 387 (37,7%), 662 (64,4%) mulheres eram de etnia branca, 597 (58,1%) eram casadas ou viviam como casadas, 438 (42,6%) possuíam de cinco a oito anos de estudo e 529 (51,5%) exerciam atividade não remunerada. Quanto ao tipo de lesão, 237 (23,0%) mulheres possuíam LSIL, 391 (38,1%) HSIL, 349 (34,0%) condiloma e 50 (4,9%) diagnóstico de HPV por meio técnicas de biologia molecular. Observou-se maior probabilidade de soropositividade para o HIV em mulheres não brancas ($p<0,01$; OR=1,990; IC=1,392-2,843), que estudaram de 0 a 4 anos (OR=4,384; IC=1,706-11,266), viúvas ($p<0,01$; OR=4,223; IC=1,869-9,542), que fumavam ($p<0,01$; OR=2,389; IC=1,660-3,437), que tiveram mais de 10 parceiros sexuais ($p<0,01$, OR=3,487, IC=2,170-5,602) e que se prostituíam ($p=0,0039$, OR=3,699, IC=1,434-9,540). Em relação ao seguimento clínico de mulheres com HSIL submetidas à CAF, o comparecimento aos retornos pré-estabelecidos diminuiu com o passar do tempo. **Conclusão:** Faz-se necessário assegurar o acesso das mulheres a um exame preventivo de qualidade, através de programas de rastreamento eficientes, bem como garantir seu seguimento clínico.

Descritores: Papillomavirus Humano; Mulheres; Enfermagem.

ABSTRACT

GASPAR, J. **The sociodemographic and clinical profile of women with genital human papillomavirus infection followed at a reference hospital in upstate São Paulo.** 2013. 109 p. Thesis (Masters) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, São Paulo. 2013.

Introduction: Human papillomavirus (HPV) infection is considered a public health issue, at it is the most common sexually transmitted infection (STI). Globally, it is estimated that 600,000,000 people carry HPV, and that around 75 to 80% of people will be infected in their lifetime. **Objective**: To analyze the sociodemographic and clinical aspects of women with genital HPV infection, associate those aspects with the type of genital lesion and a positive or negative test result for HIV, evaluate the clinical follow-up of women with high-grade squamous intraepithelial lesions (HSIL) caused by HPV, who had been submitted to loop electrosurgical excision procedure (LEEP). **Methodology**: This cross-sectional, retrospective study was performed, using a quantitative approach, at SEMIGO (Portuguese acronyms standing for Gynecology and Obstetrics Infectious Disease Clinic) of the Ribeirão Preto Faculty of Medicine University Hospital (University of São Paulo). The study subjects were 1027 women diagnosed with genital HPV infection, as low-grade squamous epithelial lesions (LSIL), HSIL, condylomatosis (vulvar, vaginal, cervical and perianal), or by identifying DNA-HPV sequences using molecular biology techniques. Two structured questionnaires were designed specifically for this study; one referring to the sociodemographic and clinical variables, and the other to the clinical follow-up, both validated regarding form and content by three HPV infection experts. Data collection was performed through a survey on the electronic database of the study location, using File Maker Pro 11. The population was characterized by descriptive statistics and the data were processed and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, version 16.0. The chi-square test and logistic regression analysis were used to verify the association, calculating the odds ration and considering a confidence interval of 95%. **Results:** Most women (387 or 37.7%) were between 20 and 29 years old, 662 (64.4%) were white, 597 (58.1%) were married or lived in common-law, 438 (42.6%) had one to five years of education, and 529 (51.5%) were unemployed. Regarding the type of lesion, 237 (23.0%) women had LSIL, 391 (38.1%) HSIL, 349 (34.0%) condyloma, and 50 (4.9%) were diagnosed for HPV by molecular biology techniques. It was observed that women were more likely to be infected by HIV if they were not white ($p<0.01$; OR=1.990; CI=1.392-2.843), had 0 to 4 years of education (OR=4.384; CI=1.706-11.266), were widowed ($p<0.01$; OR=4.223; CI=1.869-9.542), smoked ($p<0.01$; OR=2.389; CI=1.660-3.437), had over 10 sexual partners ($p<0.01$, OR=3.487, CI=2.170-5.602) and were prostitutes ($p=0.0039$, OR=3.699, CI=1.434-9.540). In terms of the clinical follow-up of women with HSIL submitted to LEEP, their attendance to appointments reduced over time. **Conclusion:** It is necessary to guarantee women accessibility to high-quality preventive exams through effective screening programs, in addition to ensuring their clinical follow-up.

Descriptors: Human Papillomavirus; Women; Nursing.

RESUMEN

GASPAR, J. **Perfil sociodemográfico y clínico de mujeres con infección genital por Papilomavirus humano atendidas en un hospital de referencia del interior paulista**. 2013. 109 h. Tesis (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, São Paulo. 2013.

Introducción: La infección por Papilomavirus humano (HPV) se encuadra como un problema de salud pública, considerándosela la infección sexualmente transmisible (IST) más común. Se estima, mundialmente, que aproximadamente 600 millones de personas sean portadoras del virus del HPV y que entre el 75 a 80% de ellas se infecten en algún momento de sus vidas. **Objetivo**: Analizar los aspectos sociodemográficos y clínicos en mujeres con infección genital por HPV, asociándolos con el tipo de lesión genital y la serología reactiva o no reactiva al HIV, y evaluar el seguimiento clínico de mujeres con lesión intraepitelial de alto grado (HSIL) causada por HPV, que fueron sometidas a cirugía de alta frecuencia (CAF). **Metodología**: Estudio transversal, retrospectivo, de abordaje cuantitativo, realizado en el Servicio de Molestias Infecciosas en Ginecología y Obstetricia (SEMIGO) del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (HCFMRP-USP). Fueron estudiadas 1027 mujeres con diagnóstico de infección genital por HPV, en sus expresiones como lesión intraepitelial de bajo grado (LSIL), HSIL, condilomatosis (vulvar, vaginal, cervical y perianal), o por identificación de secuencias de DNA-HPV mediante técnicas de biología molecular. Fueron elaborados dos formularios específicamente estructurados para este estudio; uno, referido a variables sociodemográficas y clínicas; otro, al seguimiento clínico, ambos validados respecto a forma y contenido por tres especialistas en infección por HPV Los datos fueron recolectados mediante consulta del banco informático de datos del lugar del estudio, utilizándose software *File Maker Pro* 11. La población fue caracterizada a través de estadística descriptiva, los datos fueron procesados y analizados por software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 16.0 para Windows. Para verificar la asociación, se realizó test de Chi-cuadrado y análisis de regresión logística con cálculo de *odds ratio* (OR) e intervalo de confianza (IC) de 95%. **Resultados**: La faja etaria predominante fue la de entre 20 y 29 años (37%), 662 mujeres (64,4%) eran casadas o vivían en unión marital, 438 (42,6%) tenían entre cinco y ocho años de escolarización y 529 (51,5%) ejercían actividades no remunerativas. Respecto al tipo de lesión, 237 mujeres (23,0%) padecían LSIL, 391(38,1%) HSIL, 349 (34,0%) condiloma y 50 (4,9%) diagnóstico de HPV por técnicas de biología molecular. Se observó mayor probabilidad de seropositividad para HIV en mujeres no blancas ($p<0,01$; OR=1,990; IC=1,392-2,843), con 0 a 4 años de escolarización (OR=4,384; IC=1,706-11,266), viudas ($p<0,01$; OR=4,223; IC=1,869-9,542), fumadoras ($p<0,01$; OR=2,389; IC=1,660-3,437), que tuvieron más de diez compañeros sexuales ($p<0,01$, OR=3,487, IC=2,170-5,602) y que se prostituían ($p=0,0039$, OR=3,699, IC=1,434-9,540). Respecto al seguimiento clínico de mujeres con HSIL sometidas a CAF, el cumplimiento con turnos preestablecidos disminuyó con el pasar del tiempo. **Conclusión**: Resulta necesario asegurar el acceso de las mujeres a un examen preventivo de calidad, mediante programas de rastreo eficientes, así como garantizar su seguimiento clínico.

Descriptores: Papillomavirus Humano; Mujeres; Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Relação entre os genes do HPV e suas funções 21

Figura 1 – Genoma do HPV 16. Organização e localização das regiões do genoma: *Early, Late* e *Long Control Region* 21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das mulheres com infecção genital pelo HPV (n=1027) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, segundo caracterização sociodemográfica, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012 42

Tabela 2 – Distribuição das mulheres com infecção genital pelo HPV (n=1027) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, segundo o uso de tabaco, bebida alcoólica e drogas ilícitas, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012 43

Tabela 3 – Distribuição das mulheres com infecção genital pelo HPV (n=1027) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, segundo testes sorológicos, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012 44

Tabela 4 – Distribuição das mulheres com infecção genital pelo HPV (n= 1027) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, segundo caracterização do comportamento sexual, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012 44

Tabela 5 – Dados obstétricos das mulheres com infecção genital pelo HPV (n= 1027) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012 45

Tabela 6 – Distribuição das mulheres com infecção genital pelo HPV (n= 1027) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, segundo seguimento clínico, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012 45

Tabela 7 – Medidas de tendência central e de dispersão relacionadas à idade e tempo de seguimento clínico das mulheres com infecção genital pelo HPV atendidas em um hospital universitário do interior paulista, Ribeirão Preto-SP, 1986–2012 46

Tabela 8 – Caracterização da parceria sexual das mulheres com infecção genital pelo HPV (n=1027) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012 46

Tabela 9 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e o tipo de lesão de mulheres com infecção genital pelo HPV (n=977) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012 48

Tabela 10 – Associação entre as variáveis clínicas e o tipo de lesão de mulheres com infecção genital pelo HPV (n=977) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012 49

Tabela 11 – Associação e regressão logística entre as variáveis sociodemográficas e sorologia para o HIV de mulheres com infecção genital pelo HPV (n=824) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012 51

Tabela 12 – Associação e regressão logística entre as variáveis clínicas e a sorologia para o HIV de mulheres com infecção genital pelo HPV (n=824) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012 52

Tabela 13 – Caracterização sociodemográfica das mulheres com lesão intraepitelial de alto grau causada pelo HPV (n=169), que foram submetidas à CAF, atendidas em um hospital universitário do interior paulista, Ribeirão Preto-SP, 1991-2012..... 53

Tabela 14 – Caracterização das mulheres com lesão intraepitelial cervical de alto grau causada pelo HPV (n=169), que foram submetidas à CAF, quanto ao uso de tabaco, bebida alcoólica e drogas ilícitas, Ribeirão Preto-SP, 1991-2012 54

Tabela 15 – Distribuição das mulheres com lesão intraepitelial de alto grau causada pelo HPV (n=169), que foram submetidas à CAF, atendidas em um hospital universitário do interior paulista, segundo os testes sorológicos, Ribeirão Preto-SP, 1991-2012 55

Tabela 16 – Distribuição das mulheres com lesão intraepitelial de alto grau causada pelo HPV (n= 169), que foram submetidas à CAF, atendidas em um hospital universitário do interior paulista, segundo dados obstétricos, Ribeirão Preto-SP, 1991-2012..... 55

Tabela 17 – Distribuição das mulheres com lesão intraepitelial cervical de alto grau causada pelo HPV (n= 169), que foram submetidas à CAF, atendidas em um hospital universitário do interior paulista, segundo caracterização do comportamento sexual, Ribeirão Preto-SP, 1991-2012 56

Tabela 18 – Distribuição das mulheres com lesão intraepitelial de alto grau causada pelo HPV (n=169), que foram submetidas à CAF, atendidas em um hospital universitário do interior paulista, segundo caracterização da parceria sexual, Ribeirão Preto-SP, 1991-2012 57

Tabela 19 – Distribuição das mulheres com lesão intraepitelial de alto grau causada pelo HPV (n=169), que foram submetidas à CAF, segundo o comparecimento aos agendamentos pré-estabelecidos pelo serviço de estudo, Ribeirão Preto, 1991-2012..... 58

Tabela 20 – Distribuição das mulheres com lesão intraepitelial de alto grau causada pelo HPV (n=169), submetidas à CAF, segundo o comparecimento aos retornos em datas diferentes das pré-estabelecidas pelo serviço de estudo, Ribeirão Preto, 1991-2012..... 59

Tabela 21 – Distribuição das mulheres com lesão intraepitelial de alto grau causada pelo HPV (n=169), submetidas à CAF, segundo o intervalo de comparecimento aos retornos agendados em datas diferentes das pré-estabelecidas pelo serviço de estudo, Ribeirão Preto, 1991-2012..... 60

Tabela 22 – Associação entre o seguimento clínico e a sorologia reagente ou não reagente para HIV de mulheres com lesão intraepitelial de alto grau causada pelo HPV (n=155), que foram submetidas à CAF, Ribeirão Preto, 1991-2012 61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACHO	Anticoncepcional hormonal oral
AMIG	Ambulatório de Moléstias infecciosas em Ginecologia
AMIGO	Ambulatório de Moléstias infecciosas em Ginecologia e Obstetrícia
ATA	Ácido tricloroacético
CAF	Cirurgia de alta frequência
CDC	*Center for Diseases Control and Prevention*
DNA	Ácido desoxirribonucléico
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Papilomavirus humano
HSIL	*High squamous intraepithelial lesions*
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
IST	Infecção sexualmente transmissível
IVA	Inspeção visual com ácido acético à 5%
LCR	*Long control region* ou região regulatória
LSD	Dietilamida do ácido lisérgico
LSIL	*Low Squamous Intraepithelial Lesion*
MS	Ministério da Saúde
NIA	Neoplasia intraepitelial anal
NIC	Neoplasia intraepitelial cervical
NIV	Neoplasia intraepitelial vulvar
NIVA	Neoplasia intraepitelial vaginal
PCR	Reação em cadeia de polimerase
SEMIGO	Serviço de Moléstias Infecto-contagiosas em Ginecologia e Obstetrícia
UE	Unidade de Emergência
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 19
1.1 Construção do objeto de estudo 19
1.2 O Papilomavirus humano 20
1.3 Tipos da infecção pelo HPV e prevenção 22
1.4 Diagnóstico da infecção pelo HPV 23
1.5 Tratamento da infecção pelo HPV 24
1.6 Fatores de risco para infecção pelo HPV 25
1.7 Potencial oncogênico do HPV 28
1.8 Co-infecção HPV/HIV 28

2 OBJETIVOS 31
2.1 Geral 31
2.2 Específicos 31

3 MATERIAL E MÉTODOS 34
3.1 Tipo e local de estudo 34
3.2 População 35
3.3 Instrumentos para coleta de dados 36
3.3.1 Instrumento para caracterização sociodemográfica e Clínica 36
3.3.2 Instrumento para avaliação do seguimento clínico de mulheres com HSIL causada pelo HPV 36
3.4 Pré-teste 37
3.5 Coleta de Dados 37
3.6 Análise dos Dados 39
3.7 Aspectos Éticos 39

4 RESULTADOS 41
4.1 Caracterização sociodemográfica e clínica das mulheres com infecção genital pelo HPV 41
4.2 Avaliação do seguimento clínico de mulheres com lesão intraepitelial de alto grau causada pelo HPV, considerando a assiduidade e o número de consultas agendadas após realização de CAF 53

5 DISCUSSÃO **63**

5.1 Caracterização sociodemográfica e clínica das mulheres com infecção genital pelo HPV 63

5.2 Avaliação do seguimento clínico de mulheres com HSIL causada pelo HPV, considerando a assiduidade e o número de consultas agendadas após realização de CAF 74

6 CONCLUSÃO **82**

7 REFERÊNCIAS **85**

APÊNDICES **105**

ANEXOS **109**

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Construção do objeto de estudo

A infecção pelo *Papilomavirus humano* (HPV) enquadra-se como um problema de saúde pública, sendo considerada a infecção sexualmente transmissível (IST) mais comum. Estima-se, em nível mundial, que aproximadamente 600 milhões de pessoas possuam o HPV e que cerca de 75 a 80% da população adquira esse vírus em algum momento da vida (INCTHPV, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o Brasil é um dos líderes mundiais em incidência de HPV, sendo as mulheres entre 15 e 25 anos a população mais acometida. Embora esta doença infecciosa também se estenda ao sexo masculino, acredita-se que o número de casos registrados seja menor em decorrência da baixa procura dos homens por serviços de urologia, fator relacionado ao preconceito e a falta de informação (BRASIL, 2013a).

Apesar dos altos índices de infecção pelo HPV, a maior parte dos seus tipos virais é eliminada naturalmente, por meio da ativação do sistema imune. Porém, em uma pequena parcela da população acometida, esta infecção torna-se persistente, podendo levar ao desenvolvimento do câncer do colo do útero (ROSENBLATT et al., 2005).

Este câncer, também conhecido como câncer cervical, configura-se como o terceiro tipo de câncer ginecológico mais frequente entre as mulheres, sendo cerca de duas vezes mais incidente em países menos desenvolvidos do que nos desenvolvidos, por consequência, provavelmente, da inexistência ou ineficiência de programas de rastreamento. Sua incidência manifesta-se a partir da faixa etária de 20 a 29 anos, com aumento de risco progressivo até atingir seu pico etário entre 50 e 60 anos (INCA, 2011b).

Segundo a estimativa de incidência de câncer no Brasil, para o biênio 2012/2013, realizada pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), são esperados 17.540 casos novos de câncer do colo do útero ao ano, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres. Na região Norte, desconsiderando os tumores da pele do tipo não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente (24/100 mil). Nas regiões Centro-Oeste (28/100 mil) e

Nordeste (18/100 mil) sua incidência ocupa o segundo lugar, na região Sudeste (15/100 mil), o terceiro, e na região Sul (14/100 mil), a quarta posição (INCA, 2011b).

No Brasil, o MS, por meio do Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama, recomenda o exame citopatológico (Papanicolaou) como estratégia de rastreamento do câncer cervical, priorizando mulheres com idade entre 25 e 64 anos, já que sua incidência é muito menor em mulheres abaixo desta faixa etária e que citologias de boa qualidade são difíceis de serem obtidas após a menopausa. Recomenda-se que o exame citológico seja realizado uma vez ao ano e mediante obtenção de dois resultados negativos consecutivos a periodicidade poderá ser trienal (BRASIL, 2013b).

Portanto, faz-se necessário assegurar o acesso das mulheres a um exame preventivo com qualidade, por meio de programas de rastreamento eficientes, com cobertura da população-alvo, qualidade na análise das amostras e tratamento adequado.

1.2 O Papilomavirus humano

O HPV é um vírus que pertencente à família *Papillomaviridae*, possui genoma de DNA de fita dupla circular, contido numa proteína icosaédrica, o capsídeo, que é composto por 72 capsômeros. São vírus pequenos, de 55 nanômetros de diâmetro e não envelopados (BERNARD, 2005; TRABULSI; ALTERTHUM, 2005).

O genoma do HPV é constituído por três regiões principais: região precoce ou *Early* (E), que codifica as proteínas não estruturais, envolvidas na replicação viral (E1, E2, E4, E5, E6 e E7) (quadro 1); região tardia ou *Late* (L), responsável pela codificação das proteínas do capsídeo (L1 e L2) (quadro 1); e a região regulatória ou *Long Control Region* (LCR), responsável por regular a replicação viral, estimulando e reprimindo a transcrição viral (Figura 1) (FEHRMANN; LAIMINS, 2003; ZUR HAUSEN, 2000; ROSENSTIERNE et al., 2003; SOUTO; FALHARI; CRUZ, 2005).

São conhecidos mais de 189 tipos de HPV, dos quais 40 podem infectar o trato genital (BERNARD et al., 2010). Este agente etiológico é espécie-específico e se reproduz no epitélio escamoso estratificado, após realizar pequenos traumas nas camadas superiores do epitélio para a inoculação do vírus nas células proliferativas da camada basal (TRABULSI; ALTERTHUM, 2005).

Expressão Gênica	Genes	Função
Precoce	E1	Replicação do DNA viral
	E2	Controle da transcrição e replicação
	E4	Maturação do vírus e alteração da matriz intracelular
	E5, E6, E7	Estímulo da proliferação e transformação celular
Tardia	L1	Codifica proteína principal do capsídeo
	L2	Codifica proteína secundária do capsídeo

Quadro 1 – Relação entre os genes do HPV e suas funções. Fonte: SOUTO; FALHARI; CRUZ, 2005.

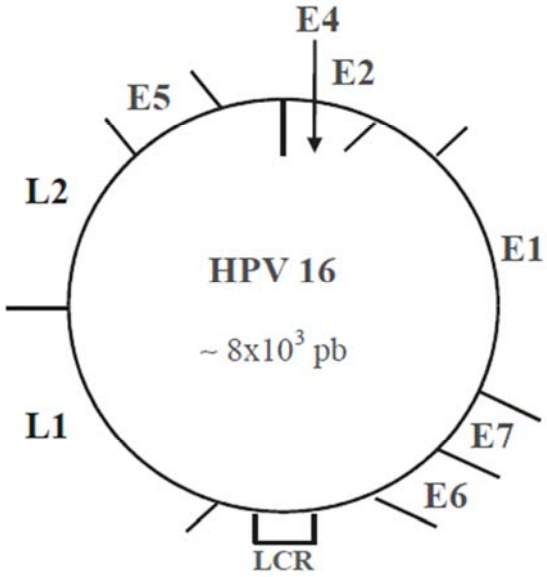

Figura 1 – Genoma do HPV16. Organização e localização das regiões do genoma: *Early* (E), *Late* (L) e *Long Control Region* (LCR). Fonte: SOUTO; FALHARI; CRUZ, 2005.

Estes vírus possuem tropismo característico, podendo ser agrupados em tipos cutâneos e mucosos. Os cutaneotrópicos são frequentemente identificados em verrugas cutâneas e plantares, em lesões cutâneas de pacientes com epidermodisplasia verruciforme ou imunodeprimidos e em alguns tumores epiteliais. Já os mucosatrópicos são identificados nas lesões benignas e malignas do trato anogenital, tanto no sexo masculino quanto no feminino, podendo, ocasionalmente, ser identificados em tecidos e lesões da cavidade oral, orofaringe, laringe e esôfago (CASTELLSAGUÉ, 2008).

1.3 Tipos da infecção pelo HPV e prevenção

A transmissão do HPV se dá por contato direto com a pele ou mucosa infectada, sendo mais comum a via sexual (BURCHELL et al., 2006). Esta transmissão deve ser vista como algo que vai além do sexo vaginal, pois o atrito entre mucosas que antecede o ato propriamente dito apresenta-se como um grande facilitador de entrada do HPV, em decorrência da permeabilidade deste tecido. Ademais, destaca-se que os sexos oral e anal apresentam risco elevado de infecção, uma vez que as mucosas oral e anal são muito mais permeáveis a agentes externos que a pele comum (MOLLER; SILVA; SÁ, 2003).

Portanto, o uso do preservativo faz-se necessário em toda a relação sexual, mesmo com ausência de penetração. Porém, apesar do preservativo ser o método mais eficaz de prevenção da transmissão do HPV, vale ressaltar que tal proteção não se dá de forma completa, uma vez que o atrito em regiões não cobertas por ele pode resultar na transmissão do vírus (SÃO PAULO, 2010).

Quanto à classificação, a infecção pelo HPV no trato genital inferior é dividida em **clínica**, **subclínica** e **latente**. A infecção **clínica** apresenta-se por meio de lesões macroscópicas denominadas condiloma, a **subclínica** é caracterizada por lesões diagnosticadas por exames de imagem e a **latente** contemplas as lesões evidenciadas apenas por técnicas de biologia molecular (DE PALO; STEFANON; OTTI, 2007).

Quando a infecção manifesta-se por meio de condilomas, as lesões podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas, de tamanho variável e, dependendo do tamanho e localização anatômica, podem ser dolorosas, friáveis e pruriginosas. No homem localizam-se na glande, sulco bálano-prepucial e região perianal, e na mulher, na vulva, períneo, região perianal, vagina e colo. Com menor frequência podem estar presentes em áreas extragenitais como conjuntivas, mucosa nasal, oral e laríngea (BRASIL, 2006).

A infecção subclínica pelo HPV é mais frequente do que a infecção clínica, tanto em homens quanto em mulheres. Não se recomenda o tratamento de lesões subclínicas causadas por este agente quando estas não estiverem acompanhadas de lesão intraepitelial, em decorrência de seu diagnóstico ser questionável e de nenhuma terapia ter sido capaz de erradicar o vírus. Em contrapartida, na presença

de lesão intraepitelial, o paciente deve ser referido a serviço especializado e o tratamento deve ser feito em função do grau da doença (BRASIL, 2006).

Em relação às lesões subclínicas acompanhadas de lesão intraepitelial, especificamente as causadas no colo do útero, destaca-se que a Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) não é um tipo de câncer e sim uma lesão precursora, que dependendo de sua gravidade, poderá ou não evoluir para câncer. Quanto a sua categorização, a NIC é dividida em graus I, II e III. NIC I é a alteração celular que acomete as camadas mais basais do epitélio estratificado do colo do útero (displasia leve). Cerca de 80% das mulheres com esse tipo de lesão apresentarão regressão espontânea. NIC II é a existência de desarranjo celular em até três quartos da espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais (displasia moderada). NIC III é a observação do desarranjo em todas as camadas do epitélio (displasia acentuada e carcinoma *in situ*), sem invasão do tecido conjuntivo subjacente. As lesões precursoras de alto grau (NIC II e III) são encontradas com maior frequência na faixa etária de 35 a 49 anos, especialmente entre as mulheres que nunca realizaram o exame citopatológico (Papanicolaou) (INCA, 2002).

Em 1988 foi proposto o sistema de Bethesda, atualizado em 2001, a fim de padronizar a descrição das alterações citológicas cervicais. O termo NIC foi substituído pelos termos lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau (LSIL, do inglês *low grade squamous intraepithelial lesion*), equivalente a NIC I e alto grau (HSIL, do inglês *high-grade cervical squamous intraepithelial lesion*), equivalente a NIC II e NIC III (WRIGHT et al., 2002).

1.4 Diagnóstico da infecção pelo HPV

O diagnóstico do HPV pode ser feito de forma direta pela pesquisa do vírus ou de forma indireta por meio das alterações provocadas pela infecção nas células e no tecido, porém, deve-se sempre levar em consideração os dados da história do paciente e o exame físico realizado. Dentre as técnicas utilizadas para o diagnóstico, recomenda-se: Papanicolau, inspeção visual com ácido acético a 5% (IVA) do colo uterino, Colposcopia, Biópsia e Técnicas biomoleculares (Captura híbrida, Reação em cadeia de polimerase – PCR, Hibridização *in situ*) (FEBRASGO, 2002).

O Papanicolau é um exame citopatológico que detecta alterações da cérvice uterina a partir de células descamadas do epitélio. É o exame mais simples de prevenção do câncer de colo uterino e pode ser realizado em nível ambulatorial, além de ser rápido, indolor e de fácil execução (FERNANDES et al., 2009).

Na IVA, o ácido acético a 5% age desidratando as células do colo uterino e coagulando as proteínas intranucleares, o que faz com que haja diminuição na transparência do epitélio, com consequente acetobranqueamento, cuja intensidade é diretamente proporcional à gravidade da lesão (FRANCO; DUARTE-FRANCO; FERENCZY, 2003). Esta técnica, além de ser simples, rápida, sensível e barata, permite leitura imediata dos resultados (CORDEIRO et al., 2005)

Colposcopia é um exame que permite a visualização do colo do útero através de um aparelho conhecido como colposcópio. Por meio de lentes de aumento, este aparelho possibilita a avaliação dos epitélios do trato genital inferior (BRASIL, 2002) e indica o local ideal para a realização da biópsia que consiste na retirada de uma amostra de tecido para a realização do exame histopatológico. A importância deste exame encontra-se no fato dele poder diagnosticar com certeza uma neoplasia maligna. A realização da biópsia deve, preferencialmente, ocorrer sob visualização colposcópica, já que o procedimento às cegas apresenta elevada taxa de falso-negativo (INCA, 2002).

As técnicas biomoleculares (hibridização *in situ*, PCR, captura híbrida) proporcionam diagnóstico definitivo da infecção pelo HPV por meio da identificação da presença do DNA viral (BRASIL, 2005).

1.5 Tratamento da infecção pelo HPV

Na infecção clínica, o objetivo principal do tratamento da infecção pelo HPV é o de reduzir ou eliminar as lesões condilomatosas, o que leva à cura da maioria dos pacientes (FEBRASGO, 2002). Para o tratamento, vários fatores devem ser levados em consideração: o tamanho, número e local das lesões, opções do paciente, recursos disponíveis, bem como a experiência do profissional (SÃO PAULO, 2010).

Normalmente, verrugas localizadas em superfícies úmidas ou em áreas de atrito, como a região genital, respondem melhor a tratamentos realizados com

medicamentos tópicos (Ácido tricloroacético – ATA e podofilina) do que as verrugas localizadas em superfícies secas. Após o desaparecimento dos condilomas, não é necessário acompanhamento clínico dos pacientes. Porém, eles devem ser notificados da possibilidade de recorrência das verrugas, que frequentemente ocorre nos três primeiros meses (BRASIL, 2006).

Grande parte das LSIL regride espontaneamente ou não progride para HSIL (NASIELL; ROGER; NASIELL, 1986). O tratamento restringe-se, então, ao seguimento clínico semestral, com realização de novos exames de citologia e colposcopia, para certificação de que tais lesões não serão persistentes. Em caso de persistência, essas lesões devem receber tratamento ablativo como cauterização elétrica, a laser ou por crioterapia, ou tratamento excisional, como conização ou bisturi a frio (SOTO-WRIGHT; SAMUELSON; MCLELLAN, 2005; DERCHAIN; LONGATTO; SYRJANEN, 2005).

Para as HSIL, a excisão da zona de transformação é o tratamento de eleição. A maioria das pacientes é tratada ambulatorialmente por cirurgia de alta frequência (CAF), em decorrência da alta demanda e da relação benefício/custo, embora possam ser utilizados todos os meios de conização, por bisturi a frio, eletrodo-agulha ou laser. Para escolha da técnica utilizada, deve-se considerar o risco de sangramento, a ansiedade da mulher, as dificuldades técnicas e as indicações clínicas (INCA, 2000; SOTO-WRIGHT; SAMUELSON; MCLELLAN, 2005; DERCHAIN; LONGATTO; SYRJANEN, 2005).

1.6 Fatores de risco para infecção pelo HPV

Segundo Castellsagué (2008), pode-se dizer que a infecção pelo HPV é basicamente uma IST e, como tal, homens e mulheres estão envolvidos na cadeia epidemiológica da infecção, sendo capazes, ao mesmo tempo, de serem portadores assintomáticos, transmissores e também as vítimas da infecção por HPV. Nesse sentido, os fatores de risco associados com a infecção por HPV estão claramente relacionados com o comportamento sexual do indivíduo, sendo os mais importantes o inicío precoce da atividade sexual, o número elevado de parceiros sexuais ao longo da vida e contatos sexuais com indivíduos de alto risco.

O inicio precoce da atividade sexual está associado a um maior risco de aquisição de IST, visto que a população jovem tende a não usar preservativo no inicio de sua vida sexual por não gostar de usá-lo, confiar no parceiro e não ter previsão das relações sexuais (COSTA; GOLDENBERG, 2013; HUGO et al., 2011; CRUZEIRO et al., 2010; PAIVA et al., 2008).

Além disso, sabe-se que a precocidade do primeiro coito está diretamente relacionada com o elevado número de parceiros sexuais ao longo da vida (HUGO et al., 2011), o que favorece maior instabilidade nas relações, e, consequentemente, menor uso do preservativo, possibilitando aumento das chances de contrair IST (COLLINS et al., 2005).

Quanto ao contato sexual com indivíduos de alto risco, destaca-se como fator importante a idade do parceiro masculino em relação à da mulher, com elevação do risco proporcional ao aumento da idade do homem (BASEMAN; KOUTSKY, 2005). Os hábitos sexuais dos parceiros masculinos também ganham destaque, ressaltando o contato sexual com um grande número de parceiras, relações sexuais extraconjugais e relações sexuais com profissionais do sexo (RAMA et al., 2008; ELUF-NETO; NASCIMENTO, 2001).

Bezerra et al. (2005) apontam que o comportamento sexual de risco se dá em decorrência da educação sexual deficiente, negligenciada pelos pais, pela escola e pelo governo, o que propicia a formação de uma sexualidade deturpada e moldada em estereótipos apregoados pela mídia, que mostra ser normal um grande número de parceiros entre os jovens e que as relações extraconjugais são uma constante, ao mesmo tempo em que falham por não associá-las à ocorrência de IST.

A infecção pelo HPV ainda possui como fatores de risco, que influenciam a persistência do HPV e a progressão para o câncer cervical, o tabagismo, a idade, a multiparidade e o uso prolongado de contraceptivos orais (SÃO PAULO, 2011).

O hábito de fumar, além de aumentar o risco do desenvolvimento do câncer de colo de útero, pode causar danos funcionais no organismo. O tabaco reduz o número e o desempenho das células de Langerhans, que participam das reações imunológicas apresentando os antígenos aos linfócitos, além de induzir o aumento da atividade miótica do epitélio cérvico-vaginal, facilitando a infecção pelo HPV (BRITO; GALVÃO; PEREIRA, 2011; MENDONÇA et al., 2004; AUSTYN, 1998).

Quanto à idade, a prevalência da infecção pelo HPV é maior nas mulheres mais jovens, com ênfase nas que possuem menos de 25 anos, alcançando números

menores com o avançar da idade (SCHIFFMAN, 1992; DE SANJOSÉ et al., 2007). Apesar de não estar elucidada qual a influência do envelhecimento na prevalência do HPV, Rama et al. (2008) sugerem que sua diminuição com o passar dos anos resultaria de mudanças nos hábitos sexuais, que tornariam as mulheres menos expostas ao vírus. Entretanto, alguns estudos evidenciam que este decréscimo ocorra mesmo nas mulheres que mantém vida sexual ativa, sugerindo independência do comportamento sexual e indicando relação com o desenvolvimento de imunidade tipo-específica à infecção (BURK et al., 1996; KJAER et al., 2000). Há ainda, evidências de um segundo pico desta infecção em mulheres que estão no climatério. Todavia, não foram estabelecidas as razões para sua ocorrência (SMITH et al., 2004; SÃO PAULO, 2011).

Inúmeros autores citam a multiparidade como fator de risco para o HPV, destacando sua associação com o câncer cervical quando estabelecida comparação destas mulheres com nulíparas (CARVALHO; QUEIROZ, 2011; ROSA et al., 2009), visto que o número alto de gestações mantém o epitélio de transição do ectocérvice durante muitos anos, facilitando a exposição direta ao HPV (AUTIER et al., 1996).

Bosch, Qiao e Castellsagué (2006) destacam em seus achados que mulheres que tiveram sete ou mais gestação a termo e possuíam infecção pelo HPV apresentaram um risco acrescido de quatro vezes para câncer cervical em comparação com nulíparas com características semelhantes. Houve ainda risco duplicado quando as mulheres que tiveram sete ou mais gestações foram comparadas com as que tiveram uma ou duas gestações a termo.

O uso de contraceptivos orais por períodos longos também é indicado como fator relacionado à infecção pelo HPV e ao câncer de colo uterino. Os hormónios esteróides presentes nas pílulas, usualmente administradas na idade reprodutiva das mulheres, provavelmente aumentam a atividade transformadora dos oncogênes do HPV e interferem na resposta do organismo de mulheres jovens às lesões causadas pelo vírus na cérvix (HAVERKOS; ROHRER; PICKWORTH, 2000; KJELLBERG et al., 2000) .

Ademais, é importante ressaltar que algumas mulheres utilizam o anticoncepcional oral como método exclusivo de anticoncepção, fato que facilita a aquisição de outras IST e, consequentemente, aumenta o risco do desenvolvimento do câncer de colo de utero (BRITO; GALVÃO, 2010).

1.7 Potencial oncogênico do HPV

Os tipos virais do HPV são classificados como de **baixo** ou **alto risco oncogênico**. Os de **baixo risco** (6, 11, 42, 43 e 44) estão associados às infecções benignas do trato genital como o condiloma acuminado ou plano e as LSIL. Estão presentes na maioria das infecções clinicamente aparentes, ou seja, verrugas genitais visíveis e podem aparecer na vulva, no colo uterino, na vagina, no pênis, no escroto, na uretra e no ânus. Já os de **alto risco** (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 46, 51, 52, 56, 58, 59 e 68) possuem uma alta correlação com as HSIL e carcinomas do colo do útero, da vulva, do ânus e, mais raramente, do pênis (BRASIL, 2005).

Apesar dos tipos virais de alto risco oncogênico serem frequentemente associados ao câncer de colo de útero, tal relação não implica que a infecção necessariamente evolua para o câncer (FREITAS, 2001). Muito embora o HPV represente condição essencial para o desenvolvimento do câncer do colo do útero, é preciso de fatores de risco que auxiliem a indução maligna (INCA, 2009). Nas mulheres, o tabagismo, as IST, o uso de anticoncepcional hormonal, o número de parceiros e o início precoce da atividade sexual são alguns dos fatores de risco importantes que favorecem a progressão para o câncer genital (MELO et al., 2009).

O câncer de colo uterino é o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres, com aproximadamente 500 mil novos casos por ano no mundo. No Brasil, estima-se que o número de casos novos para 2013 seja de aproximadamente 18 mil, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2011b).

Em países desenvolvidos, a sobrevida média de mulheres com câncer de colo uterino estimada em cinco anos varia de 51% a 66%. Nos países em desenvolvimento, os casos são encontrados em estágios relativamente avançados e, consequentemente, a sobrevida média é menor, cerca de 41% após cinco anos. A média mundial estimada é de 49% (INCA, 2009).

1.8 Co-infecção HPV/HIV

A infecção pelo HPV tem sido associada ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), sugerindo maior chance do desenvolvimento de LSIL e HSIL em

mulheres portadoras do HIV, em decorrência de sua imunossupressão (SUN et al., 1997; MOSCICKI et al., 2000; PALEFSK, 2006; VAZ et al., 2011). Destaca-se, que a incidência aumentada destas lesões em mulheres soropositivas ao HIV chega a ser até dez vezes mais elevada quando comparadas às soronegativas (SOUZA; MELO; CASTRO, 2001; DE SANJOSE; PALEFSKY, 2002; AHMED; MADKAN; TYRING, 2006; ZIMMERMMANN et al., 2006).

Além da maior chance do desenvolvimento de lesões intraepiteliais cervicais, mulheres que vivem com o HIV apresentam persistência significativamente maior nas infecções pelo HPV do que aquelas sem esse vírus. Alguns autores associam essa pré-disposição ao fato destas mulheres apresentarem níveis mais baixos de linfócitos T CD4+ e níveis mais elevados de carga viral (MASSAD et al., 2009), além de apresentarem um maior número de amostras cervicais de DNA viral do HPV (PALEFSKY et al., 1999; JAMIESON et al., 2002; ZIMMERMMANN et al., 2006) e de possuírem uma maior incidência de tipos virais de alto risco oncogênico (AHDIEH et al., 2001; MOSCICKI et al., 2004; ROWHANI-RAHBAR et al., 2007; FIFE et al., 2009).

Ademais, a infecção pelo HIV altera a história natural da infecção pelo HPV, com menores taxas de regressão das LSIL e maior risco de progressão para HSIL e lesões invasivas, refratárias ao tratamento, fazendo-se necessário maior intervenção e monitoramento (SUN et al., 1997, PALEFSKY et al., 1999; MASSAD et al., 2007; VAZ et al., 2011). Segundo Vaz et al. (2011), esta questão é particularmente relevante, em relação ao estabelecimento de estratégias adequadas para a prevenção e o tratamento de pacientes, requerendo o conhecimento prévio da epidemiologia e da patogênese da infecção pelo HPV na população de mulheres infectadas pelo HIV.

Portanto, considerando a relevância da co-infecção HPV/HIV, os *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC) consideram as lesões precursoras do câncer de colo de útero na classificação da infecção pelo HIV desde 1993. As mulheres com infecção pelo HIV que apresentam LSIL ou HSIL são classificadas como sintomáticas (fase B da infecção). Já as que apresentam câncer de colo de útero são classificadas como portadoras da aids (fase C) (CDC, 1992).

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar os aspectos sociodemográficos e clínicos em mulheres com infecção genital pelo *Papilomavirus humano* atendidas em um hospital de referência do interior paulista, associando-os com o tipo de lesão genital e a sorologia reagente ou não reagente para o HIV.
- Avaliar o seguimento clínico de mulheres com lesão intraepitelial cervical de alto grau causada pelo *Papilomavirus humano*, que foram submetidas à cirurgia de alta frequência, considerando o comparecimento aos agendamentos ambulatoriais e o número de consultas programadas após realização do procedimento.

2.2 Específicos

- Caracterizar as mulheres com infecção genital pelo *Papilomavirus humano*, quanto aos aspectos sociodemográficos: idade, raça, estado civil, escolaridade, situação econômica, uso de álcool, uso de tabaco, uso de drogas ilícitas e comportamento sexual (idade da primeira relação sexual, número total de parceiros sexuais, número de parceiros sexuais no último ano, dados da parceria sexual, prostituição, orientação sexual e uso de método contraceptivo).
- Caracterizar as mulheres com infecção genital pelo *Papilomavirus humano*, quanto aos aspectos clínicos: testes sorológicos para HIV, hepatites B e C e sífilis; tempo de diagnóstico para o HIV, e dados ginecológicos e obstétricos (idade da primeira gestação, número de gestações, número e tipo de parto, número de abortos e número de filhos).

- Identificar a associação entre a expressão clínica (lesão intraepitelial cervical de baixo grau, lesão intraepitelial cervical de alto grau e condilomatoses: vulvar, vaginal, cervical e perianal) e as variáveis sociodemográficas (idade, etnia, escolaridade, estado civil, situação econômica, uso de álcool, uso de tabaco, uso de drogas ilícitas e comportamento sexual: idade da primeira relação sexual, número total de parceiros sexuais, número de parceiros sexuais no último ano, prostituição e orientação sexual).
- Identificar a associação entre a expressão clínica (lesão intraepitelial cervical de baixo grau, lesão intraepitelial cervical de alto grau e condilomatoses: vulvar, vaginal, cervical e perianal) e as variáveis clínicas (testes sorológicos para HIV, hepatites B e C e sífilis).
- Identificar a associação entre a sorologia reagente ou não reagente para o HIV e as variáveis sociodemográficas (idade, etnia, escolaridade, estado civil, situação econômica, uso de álcool, uso de tabaco, uso de drogas ilícitas e comportamento sexual: idade da primeira relação sexual, número total de parceiros sexuais, número de parceiros sexuais no último ano, prostituição e orientação sexual).
- Identificar a associação entre a sorologia reagente ou não reagente para o HIV e as variáveis clínicas (testes sorológicos para hepatites B e C e sífilis).
- Avaliar o seguimento clínico de mulheres com lesão intraepitelial cervical de alto grau causada pelo *Papilomavirus humano*, que foram submetidas à cirurgia de alta frequência, por um período de dois anos após o procedimento, considerando o comparecimento aos agendamentos ambulatoriais e o número de consultas programadas após sua realização.
- Identificar a associação entre o seguimento clínico (comparecimento aos agendamentos ambulatoriais e o número de consultas programadas) e a sorologia reagente ou não reagente para o HIV em mulheres com lesão intraepitelial cervical de alto grau causada pelo *Papilomavirus humano* que foram submetidas à cirurgia de alta frequência.

Material e Métodos

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo e local de estudo

Trata-se de um estudo transversal, de caráter retrospectivo, com abordagem quantitativa, que foi realizado no Serviço de Moléstias Infecciosas em Ginecologia e Obstetrícia (SEMIGO) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

O HCFMRP-USP é um hospital escola, de nível terciário, integrado ao Sistema Único de Saúde – SUS, que desenvolve atividades de assistência, ensino e pesquisa desde 1956. Constitui um importante complexo hospitalar brasileiro, composto pelo HC – Campus, Unidade de Emergência (UE), Hospital Estadual de Ribeirão Preto, Hospital Estadual de Américo Brasiliense, Hospital de Serrana, Centro Estadual de Referência em Saúde da Mulher Mater, Instituto de Reabilitação Lucy Montoro, Hemocentro e, em breve, também o HC Criança. Além disso, oferece apoio profissional, financeiro, logístico e administrativo a um conjunto de unidades de saúde: Hospital-Dia de Psiquiatria, Centro Médico Social e Comunitário Vila Lobato, Centro de Saúde Escola "Joel Domingos Machado" e Centro Médico Social Comunitário Pedreira de Freitas em Cássia dos Coqueiros (SP).

A área de atuação do Hospital concentra-se basicamente no município de Ribeirão Preto e região, entretanto, ante as suas características de hospital de referência para atendimentos complexos, a assistência hospitalar é estendida a pessoas de outros estados e até mesmo de outros países.

O SEMIGO, criado em 1991, é um serviço de referência no atendimento a mulheres com infecção pelo HIV, condilomatose, NIC de grau I, II e III, Neoplasia intraepitelial na vagina (NIVA), Neoplasia intraepitelial na vulva (NIV), Neoplasia intraepitelial perianal (NIA), lesões ulceradas genitais, Clamídia, Candidíase de repetição e pacientes que sofreram estupro ou outra forma de abuso sexual agudo. A assistência pode ser estendida a outras infecções, após contato telefônico com a equipe para discussão da necessidade do encaminhamento. Compõem este serviço o Ambulatório de Moléstias Infecciosas em Ginecologia (AMIG) e o Ambulatório de Moléstias Infecciosas em Ginecologia e Obstetrícia (AMIGO), ambos criados em

2000. O AMIG oferece tratamento a mulheres não grávidas, com moléstias infecciosas, e funciona às terças-feiras no período da manhã. O AMIGO tem como público alvo mulheres grávidas com moléstias infecciosas e funciona às segundas-feiras no período da tarde. Estes ambulatórios proporcionam às mulheres em seguimento clínico, além das consultas médicas e da assistência de enfermagem, atendimento psicológico e assistência social.

A fim de organizar os dados referentes à história clínica de seus pacientes e de favorecer a realização de pesquisa científica, o serviço de estudo elaborou em 2006 um banco de dados eletrônico, por meio do software File Maker Pro 11. Este banco de dados armazena e organiza as informações sociodemográficas e clínicas de todas as mulheres atendidas no serviço referido, oferecendo maior suporte assistencial à paciente e à pesquisa científica, como fonte para avaliação e tomada de decisão e como fonte de informação a ser compartilhada entre os profissionais de saúde.

3.2 População

A população estudada compõe-se de 1027 registros de mulheres com diagnóstico de infecção genital pelo HPV, nas suas expressões LSIL, HSIL, condilomatoses (vulvar, vaginal, cervical e perianal), ou por identificação de sequências de DNA-HPV por meio de técnicas de biologia molecular, atendidas no SEMIGO.

Para atender especificamente ao objetivo de avaliar o seguimento clínico de mulheres com HSIL causada pelo HPV, que foram submetidas à CAF, foram extraídos dos 1027 registros as mulheres que possuíam diagnóstico de NIC grau II ou III e que houvessem passado por tal procedimento até dezembro de 2010. Portanto, a população foi composta por 169 registros.

Foram determinados como critérios de inclusão: 1. Apresentar infecção genital pelo HPV com diagnóstico de NIC grau I, II ou III, condilomatose (vulvar, vaginal, cervical e perianal), ou identificação de sequências de DNA-HPV por meio de técnicas de biologia molecular e 2. Possuir registro completo no banco de dados eletrônico do setor de estudo com as informações referentes à anamnese realizada na primeira consulta e às informações referentes às consultas e retornos comparecidos.

3.3 Instrumentos para coleta de dados

3.3.1 Instrumento para caracterização sociodemográfica e Clínica

Foi elaborado um formulário estruturado dividido em duas partes e construído especificamente para este estudo. A parte I refere-se às variáveis sociodemográficas e a parte II às variáveis clínicas (Apêndice 1).

As variáveis sociodemográficas contempladas foram: idade, raça, estado civil, escolaridade e profissão/ocupação, uso de álcool, uso de tabaco, uso de drogas ilícitas, comportamento sexual (idade da primeira relação sexual, número total de parceiros sexuais, número de parceiros sexuais no último ano, prostituição, orientação sexual e uso de método contraceptivo) e dados da parceria sexual (passado de IST, tipo de IST, heterossexualidade hiperativa, uso de álcool, uso de drogas, uso de tabaco e ser presidiário).

Foi considerado como heterossexualidade hiperativa possuir mais de uma parceira afetivo-sexual ao mesmo tempo.

Como variáveis clínicas foram consideradas: testes sorológicos para HIV, hepatites B e C e sífilis; tempo de diagnóstico para o HIV e dados ginecológicos e obstétricos (idade da primeira gestação, número de gestações, número e tipo de parto, número de abortos e número de filhos).

Este instrumento foi submetido à validação quanto à forma e conteúdo por três especialistas em infecção por HPV.

3.3.2 Instrumento para avaliação do seguimento clínico de mulheres com HSIL causada pelo HPV

Para a avaliação do seguimento clínico de mulheres com HSIL submetidas à CAF foi construído um formulário estruturado especificamente para este estudo (Apêndice 2).

O formulário foi dividido em duas partes. Parte I – dados de identificação das mulheres: número do prontuário e data de nascimento. Parte II - dados epidemiológicos, de tratamento e seguimento clínico: data do diagnóstico médico de HSIL, data de realização da CAF, comparecimento aos agendamentos ambulatoriais após realização da CAF, conforme protocolo do serviço de saúde (sete dias pós-CAF, seis meses pós-CAF, nove meses pós-CAF, 12 meses pós-CAF, 18 meses pós-CAF, 24 meses pós-CAF) e, em caso de recidiva da lesão, data de submissão à nova conização cervical por CAF (RECAF) e comparecimento aos agendamentos ambulatoriais após RECAF, conforme protocolo do serviço de saúde (sete dias pós-RECAF, seis meses pós-RECAF, nove meses pós-RECAF, 12 meses pós-RECAF, 18 meses pós-RECAF e 24 meses pós-RECAF). Quanto à presença de gravidez no momento do diagnóstico de HSIL, foram consideradas as datas dos comparecimentos aos agendamentos ambulatoriais durante conduta expectante.

3.4 Pré-teste

Com o objetivo de avaliar o instrumento para coleta de dados, quanto a sua forma e conteúdo, foi realizado um pré-teste com aplicação de 20 questionários. O preenchimento foi realizado pela pesquisadora, por meio de consulta ao banco de dados eletrônico do local de estudo. Estes registros foram incluídos na população de estudo.

3.5 Coleta de Dados

Para a caracterização sociodemográfica e clínica foi realizada uma busca no banco de dados eletrônico do local de estudo entre março e outubro de 2012. Por meio desta busca foram selecionadas as mulheres que possuíam em seus registros, como motivo de comparecimento à consulta, pelo menos um dos itens a seguir: HPV, condiloma vulvar, condiloma vaginal, condiloma cervical, condiloma perianal,

NIC I, NIC II, NIC III. Foram encontrados dados registrados correspondentes ao período de 09/10/1986 à 23/10/2012.

Quanto à avaliação do seguimento clínico de mulheres com HSIL que foram submetidas à CAF, a busca no banco de dados eletrônico foi realizada em dezembro de 2012. Mediante esta busca, foram elencados os registros de todas as mulheres que tivessem sido submetidas à CAF em dezembro de 2010 ou em data anterior, visto que este trabalho tem por objetivo avaliar o seguimento clínico destas mulheres por um período de dois anos após realização do procedimento referido. Foram encontrados dados registrados que referiam CAF realizadas entre 11/03/1999 e 23/11/2010.

Segundo o INCA (2011a), na situação em que o exame histopatológico de procedimento excisional mostra margens comprometidas por NIC II/III, a mulher deverá ser mantida em seguimento com exame citopatológico e colposcópico semestral por dois anos. Um novo procedimento excisional estará indicado quando uma nova citologia mostrar HSIL, ou na evidência de NIC II/III residual ou recorrente obtida por biópsia. O novo procedimento também estará indicado quando o seguimento adequado não for possível.

Para a análise do seguimento clínico das mulheres submetidas à CAF, foi considerado o protocolo do local de estudo que, em conformidade com o Ministério da Saúde, estabelece como rotina de agendamento pós-CAF os seguintes períodos: sete dias pós-CAF, seis meses pós-CAF, nove meses pós-CAF, 12 meses pós-CAF, 18 meses pós-CAF, 24 meses pós-CAF, sete dias pós-RECAF, seis meses pós-RECAF, nove meses pós-RECAF, 12 meses pós-RECAF, 18 meses pós-RECAF e 24 meses pós-RECAF. Foram consideradas como assíduas as mulheres que compareceram aos retornos pré-estabelecidos com intervalo de até um mês para mais ou para menos da data de referência. Para o retorno correspondente a sete dias pós-CAF ou pós-RECAF, considerou-se como assídua a mulher que compareceu ao ambulatório até 14 dias após a realização do procedimento.

Todos os dados coletados foram obtidos por meio de consulta ao banco de dados eletrônico do local de estudo, elaborado com o software File Maker Pro 11. Neste banco de dados são registrados todos os dados obtidos na anamnese que acontece na primeira consulta da mulher no SEMIGO, bem como todos os dados clínicos correspondentes aos exames físicos e laboratoriais realizados.

3.6 Análise dos Dados

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

Para verificar as associações propostas, os dados foram submetidos ao Teste Qui-Quadrado. Além disso, a quantificação destas associações foi mensurada por meio de modelos de regressão logística (HOSMER; LEMESHOW, 1989) calculando-se o *Odds ratio* bruto (OR) com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. As análises estatísticas foram realizadas com a utilização do software estatístico SAS® 9.0. Valores de *p* menores que 0,05 foram considerados significativos.

3.7 Aspectos Éticos

Foram assegurados o sigilo e anonimato das informações a todas as mulheres participantes. Para a consulta ao banco de dados eletrônico solicitou-se dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo em vista que foram utilizados somente dados secundários obtidos a partir do estudo de informações já coletadas e registradas em software.

O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob protocolo nº 1303/2011, atendendo às recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 1).

Resultados

4 RESULTADOS

Os resultados obtidos estão apresentados em duas partes: 4.1 Caracterização sociodemográfica e clínica das mulheres com infecção genital pelo HPV e 4.2 Avaliação do seguimento clínico de mulheres com HSIL causada pelo HPV, considerando a assiduidade e o número de consultas agendadas após realização de CAF.

4.1 Caracterização sociodemográfica e clínica das mulheres com infecção genital pelo HPV

Considerando-se o motivo da consulta, o levantamento do número de registros de mulheres com infecção genital pelo HPV resultou em: 334 (32,5%) mulheres com HSIL, 137 (13,3%) com LSIL, 349 (34,0%) com condiloma, 50 (4,9%) com diagnóstico de HPV por meio técnicas de biologia molecular, 57 (5,6%) com condiloma e HSIL e 100 (9,7%) com condiloma e LSIL, totalizando uma população de 1027 registros de mulheres que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo. Para as mulheres com mais de um tipo de lesão, considerou-se a lesão de maior gravidade. Portanto, as mulheres com condiloma e HSIL foram caracterizadas como HSIL e as com condiloma e LSIL como LSIL, obtendo-se ao final 391 (38,1%) mulheres com HSIL e 237 (23,0%) com LSIL.

Dessas 1027 mulheres, a faixa etária predominante foi entre 20 e 29 anos para 387 (37,7%) mulheres, 662 (64,4%) eram de etnia branca e 597 (58,1%) eram casadas ou viviam como casadas. Em relação à escolaridade e a situação econômica, 438 (42,6%) possuíam de cinco a oito anos de estudo e 529 (51,5%) exerciam atividade não remunerada (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das mulheres com infecção genital pelo HPV (n=1027) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, segundo caracterização sociodemográfica, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012

Variáveis	Nº	%
Faixa etária (anos)		
<16	13	1,3
16|–|19	68	6,6
20|–|29	387	37,7
30|–|39	303	29,5
40|–|49	166	16,2
50|–|59	63	6,1
≥ 60	27	2,6
Etnia (referida)		
Branca	662	64,4
Não Branca	358	34,9
Sem informação	7	0,7
Estado civil		
Solteira	320	31,2
União estável	597	58,1
Divorciada	65	6,3
Viúva	33	3,2
Sem informação	12	1,2
Escolaridade (anos)		
0|–|4	124	12,1
5|–|8	438	42,6
9|–|11	355	34,6
≥12	92	9,0
Sem informação	18	1,7
Situação econômica		
Com renda	196	19,1
Sem renda	529	51,5
Outra	279	27,2
Sem informação	23	2,2

Quanto aos antecedentes pessoais, a maioria das mulheres não fazia uso de bebida alcoólica 880 (85,7%), tabaco 711 (69,2%) ou droga ilícita 880 (85,7%) (Tabela 2). Em relação ao tipo de bebida consumida, das 132 (12,8%) mulheres que faziam uso de álcool, 102 (77,3%) referiram cerveja, 13 (9,8%) cachaça, cinco (3,8%) vinho e quatro (3,0%) uísque, oito (6,1%) não informaram o tipo de bebida consumida. Ainda em relação ao uso de álcool, 72 (54,6%) mulheres afirmaram beber aos finais de semana, 30 (22,7%) ocasionalmente, 12 (9,1%) diariamente e 18 (13,6%) não informaram a frequência. Sobre a quantidade de tabaco consumido, das 307 (29,9%) mulheres que fumavam, 147 (47,9%) consumiam de 10 a 20 cigarros por dia, 80 (26,0%) menos de 10 cigarros por dia, 57 (18,6%) mais de 20 cigarros por dia e 23 (7,5%) não informaram a quantidade. Quanto ao tipo de droga ilícita usada, das 137 (13,3%) mulheres que faziam uso, 61 (44,5%) usavam cocaína, 58 (42,3%) maconha, nove (6,6%) crack, uma (0,7%) heroína, uma (0,7%)

LSD (do alemão *Lysergische Säure Diethilamine*, ou dietilamina do ácido lisérgico), duas (1,5%) outro tipo de droga ilícita e cinco (3,6%) não informaram o tipo de droga usada.

Tabela 2 – Distribuição das mulheres com infecção genital pelo HPV (n=1027) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, segundo o uso de tabaco, bebida alcoólica e drogas ilícitas, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012

Variáveis	Nº	%
Uso de álcool		
Sim	132	12,8
Não	880	85,7
Sem informação	15	1,5
Uso de tabaco		
Sim	307	29,9
Não	711	69,2
Sem informação	9	0,9
Uso de drogas ilícitas		
Sim	137	13,3
Não	880	85,7
Sem informação	10	1,0

Com referência aos testes sorológicos realizados, da totalidade, 164 (16,0%) possuíam sorologia reagente para HIV, 10 (1,0%) para hepatite B, 24 (2,3%) para hepatite C e oito (0,8%) para sífilis (Tabela 3). Das 164 (16,0%) mulheres que possuíam sorologia reagente para o HIV, 19 (11,6%) tinham o diagnóstico há menos de um ano, 37 (22,6%) de um a cinco anos, 95 (57,9%) há mais de cinco anos e 13 (7,9%) não possuíam informação.

Em relação ao comportamento sexual, 545 (53,1%) mulheres iniciaram sua vida sexual com 16 anos ou menos, 759 (73,9%) tiveram o total de um a cinco parceiros sexuais e 964 (93,9%) tiveram menos de três parceiros sexuais no último ano. Quase a totalidade das mulheres era heterossexual 1006 (97,9%) e 986 (96,0%) nunca se prostituíram (Tabela 4).

Tabela 3 – Distribuição das mulheres com infecção genital pelo HPV (n=1027) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, segundo testes sorológicos, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012

Testes Sorológicos	Nº	%
HIV		
Reagente	164	16,0
Não reagente	702	68,3
Não realizado	161	15,7
Hepatite B		
Reagente	10	1,0
Não reagente	823	80,1
Não realizado	46	4,5
Sem informação	148	14,4
Hepatite C		
Reagente	24	2,3
Não reagente	777	75,7
Não realizado	60	5,8
Sem informação	166	16,2
Sífilis		
Reagente	8	0,8
Não reagente	832	81,0
Não realizado	42	4,1
Sem informação	145	14,1

Tabela 4 – Distribuição das mulheres com infecção genital pelo HPV (n= 1027) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, segundo caracterização do comportamento sexual, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012

Variáveis	Nº	%
Primeira relação sexual (idade)		
< 16	545	53,1
16|–|20	407	39,6
> 20	75	7,3
Total de parceiros sexuais		
nenhum	1	0,1
01|–|05	759	73,9
05|–|10	137	13,3
>10	116	11,3
Sem informação	14	1,4
Parceiros sexuais no último ano		
< 3	964	93,9
>3	46	4,5
Sem informação	17	1,6
Prostituição		
Sim	22	2,1
Não	986	96,0
Sem informação	19	1,9
Orientação sexual		
Heterossexual	1006	97,9
Não Heterossexual	9	0,9
Sem informação	12	1,2

Sobre os dados obstétricos, 828 (80,6%) mulheres engravidaram ao menos uma vez e 833 (81,1%) nunca abortaram (Tabela 5). Quanto às características do seguimento clínico, 554 (53,9%) mulheres compareceram de uma a cinco vezes em consultas e retornos, 774 (75,4%) nunca faltaram e apenas 76 (7,4%) possuíam alta médica registrada no banco de dados (Tabela 6). Em relação ao tempo de seguimento clínico, a média foi de 65,44 meses de acompanhamento ambulatorial (Tabela 7).

Tabela 5 – Dados obstétricos das mulheres com infecção genital pelo HPV (n= 1027) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012

Variáveis	Zero	Um	Dois	Três	≥ Quatro	S/I[1]
Gestação	193 (18,8%)	305 (29,7%)	200 (19,5%)	143 (13,9%)	180 (17,5%)	6 (0,6%)
Parto	394 (38,4%)	215 (20,9%)	188 (18,3%)	109 (10,6%)	114 (11,1%)	7 (0,7%)
Parto vaginal	559 (54,4%)	169 (16,5%)	138 (13,4%)	71 (6,9%)	82 (8,0%)	8 (0,8%)
Parto Cesárea	741 (72,2%)	171 (16,6%)	71 (6,9%)	21 (2,0%)	15 (1,5%)	8 (0,8%)
Aborto	833 (81,1%)	129 (12,5%)	38 (3,7%)	8 (0,8%)	10 (1,0%)	9 (0,9%)
Filhos	413 (40,2%)	219 (21,3%)	174 (16,9%)	107 (10,4%)	103 (10,0%)	11 (1,1%)

1) S/I: sem informação

Tabela 6 – Distribuição das mulheres com infecção genital pelo HPV (n= 1027) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, segundo seguimento clínico, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012

Variáveis	Nº	%
Consultas e retornos comparecidos		
01|–|05	554	53,9
06|–|10	304	29,6
11|–|15	132	12,9
16|–|20	25	2,4
≥ 20	12	1,2
Faltas		
Nenhum	774	75,4
Uma	174	16,9
Duas	62	6,0
Três	13	1,3
Quatro	3	0,3
Cinco	1	0,1
Alta registrada no banco de dados		
Sim	76	7,4
Não	951	92,6

Tabela 7 – Medidas de tendência central e de dispersão relacionadas à idade e tempo de seguimento clínico das mulheres com infecção genital pelo HPV atendidas em um hospital universitário do interior paulista, Ribeirão Preto-SP, 1986–2012

Variáveis	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	DP[1]
Idade (anos)	32,78	31	5	99	11,44
Tempo de seguimento clínico (meses)	65,44	40	0	752	76,15

1) DP: Desvio padrão

No que diz respeito à parceria afetivo-sexual, 788 (76,7%) parceiros não tinham passado de IST, 885 (86,2%) não eram heterossexuais hiperativos, 638 (62,1%) não faziam uso de álcool, 808 (78,7%) não faziam uso de droga ilícita, 594 (57,8%) não faziam uso de tabaco e 864 (84,1%) não haviam sido presos (Tabela 8). Dos 189 (18,4%) que possuíam passado de IST, 81 (42,8%) tinham HPV, 69 (36,5%) HIV, 10 (5,3%) gonorréia, oito (4,3%) sífilis, sete (3,7%) herpes, cinco (2,6%) hepatite C, quatro (2,1%) hepatite B, dois (1,1%) tricomoníase e três (1,6%) não informaram o tipo de IST.

Tabela 8 – Caracterização da parceria sexual das mulheres com infecção genital pelo HPV (n=1027) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012

Variáveis	Nº	%
Passado de IST		
Sim	189	18,4
Não	788	76,7
Sem informação	50	4,9
Heterossexual hiperativo		
Sim	94	9,1
Não	885	86,2
Sem informação	48	4,7
Uso de álcool		
Sim	347	33,8
Não	638	62,1
Sem informação	42	4,1
Uso de drogas		
Sim	176	17,1
Não	808	78,7
Sem informação	43	4,2
Uso de tabaco		
Sim	388	37,8
Não	594	57,8
Sem informação	45	4,4
Presidiário		
Sim	116	11,3
Não	864	84,1
Sem informação	47	4,6

Para a associação entre os tipos de lesões causadas pelo HPV e os aspectos sociodemográficos e clínicos, a população de estudo foi dividida em três grupos: 1. Mulheres com condiloma, 2. Mulheres com LSIL e 3. Mulheres com HSIL. As 50 (4,9%) mulheres que possuíam diagnóstico de HPV apenas por meio de técnicas de biologia molecular não foram incluídas nesta análise. As respostas “sem informação” de cada variável sociodemográfica e clínica foram consideradas *missing* e também não entraram na análise.

Houve associação estatisticamente significante entre os tipos de lesões e a faixa etária (p=0,0074), escolaridade (p=0,0011), estado civil (p=0,0011), situação econômica (p<0,01), uso de álcool (p=0,0048) e uso de cigarro (p<0,01). Não houve associação quanto à raça (p=0,0858) e uso de drogas (p=0,7273) (Tabela 9).

Para a associação entre os tipos de lesões causadas pelo HPV e as variáveis clínicas, nos itens sorologia para o HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis, foi considerado *missing*, além da resposta “sem informação”, a resposta “não realizado”. No item “total de parceiros” apenas uma mulher respondeu nunca ter tido relação sexual, portanto foi excluída da análise, gerando um n de 976 mulheres para este quesito.

Houve associação estatisticamente significante entre os tipos de lesões e sorologia para o HIV (p<0,01) e número total de parceiros (p=0,0077). Não houve associação em relação à sorologia para hepatite B (p=0,3486), hepatite C (p=0,2091), sífilis (p=0,0595), primeira relação sexual (p=0,2546), número de parceria sexual no último ano (p=0,6311), prostituição (p=0,5291) e orientação sexual (p=0,5980) (Tabela 10).

Tabela 9 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e o tipo de lesão de mulheres com infecção genital pelo HPV (n=977) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012

	Tipo de lesão				
	Condiloma	**LSIL[1]**	**HSIL[2]**		
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	***Missing***	***p-valor[3]***
Faixa etária (anos)					
<16	6 (0,61)	1 (0,10)	5 (0,51)	0	**0,0074**
16|–|19	23 (2,35)	12 (1,23)	12 (1,23)		
20|–|29	142 (14,53)	94 (9,62)	144 (14,74)		
30|–|39	109 (11,16)	71 (7,27)	112 (11,46)		
40|–|49	33 (3,38)	41 (4,20)	80 (8,19)		
50|–|59	27 (2,76)	15 (1,54)	23 (2,35)		
≥ 60	9 (0,92)	3 (0,31)	15 (1,54)		
Etnia (referida)					
Branca	236 (24,33)	141 (14,54)	249 (25,67)	7	0,0858
Não Branca	109 (11,24)	96 (9,90)	139 (14,33)		
Escolaridade (anos)					
0|–|4	31 (3,17)	19 (1,94)	67 (6,86)	16	**0,0011**
5|–|8	144 (14,74)	112 (11,46)	165 (16,89)		
9|–|11	137 (14,02)	87 (8,90)	115 (11,77)		
≥ 12	34 (3,48)	18 (1,84)	32 (3,28)		
Estado civil					
Solteiro	132 (13,51)	85 (8,70)	91 (9,31)	11	**0,0011**
União Estável	192 (19,65)	127 (13,00)	245 (25,08)		
Desquitada	17 (1,74)	17 (1,74)	27 (2,76)		
Viúva	7 (0,72)	8 (0,82)	18 (1,84)		
Situação econômica					
Com renda	49 (5,02)	40 (4,09)	94 (9,62)	22	**<0,01**
Sem renda	211 (21,60)	135 (13,82)	163 (16,68)		
Outra	85 (8,70)	61 (6,24)	117 (11,98)		
Uso de álcool					
Sim	31 (3,17)	31 (3,17)	66 (6,76)	14	**0,0048**
Não	315 (32,24)	202 (20,68)	318 (32,55)		
Uso de tabaco					
Sim	87 (8,90)	55 (5,63)	151 (15,46)	8	**<0,01**
Não	259 (26,51)	181 (18,53)	236 (24,16)		
Uso de drogas					
Sim	49 (5,02)	28 (2,87)	52 (5,32)	9	0,7273
Não	296 (30,30)	207 (21,19)	336 (34,39)		

1) LSIL: lesão intraepitelial cervical de baixo grau; 2) HSIL: lesão intraepitelial cervical de alto grau; 3) *p-valor* referente ao Teste Qui-Quadrado.

Tabela 10 – Associação entre as variáveis clínicas e o tipo de lesão de mulheres com infecção genital pelo HPV (n=977) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012

	Tipo de lesão			*Missing*		
	Condiloma	**LSIL[1]**	**HSIL[2]**			
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**N/R[3]**	**S/I[4]**	***p-valor*[5]**
Sorologia para o HIV						
Positiva	24 (2,46)	47 (4,81)	81 (8,29)	153	0	**<0,01**
Negativa	265 (27,12)	154 (15,76)	253 (25,90)			
Sorologia para Hepatite B						
Positiva	2 (0,20)	4 (0,41)	3 (0,31)	46	140	0,3486
Negativa	276 (28,25)	187 (19,14)	319 (32,65)			
Sorologia para Hepatite C						
Positiva	4 (0,41)	5 (0,51)	13 (1,33)	59	159	0,2091
Negativa	249 (25,49)	181 (18,53)	307 (31,42)			
Sorologia para Sífilis						
Positiva	6 (0,61)	1 (0,10)	1 (0,10)	42	0	0,0595
Negativa	275 (28,15)	192 (19,65)	322 (32,96)			
Primeira relação sexual (anos)						
< 16	195 (19,96)	134 (13,72)	192 (19,65)		0	0,2546
16|–|20	129 (13,20)	90 (9,21)	168 (17,20)			
> 20	25 (2,56)	13 (1,33)	31 (3,17)			
Total de parceiros sexuais (n=976)						
01|–|05	278 (28,84)	176 (18,26)	273 (28,32)		12	**0,0077**
05|–|10	31 (3,22)	39 (4,05)	60 (6,22)			
>10	34 (3,53)	21 (2,18)	52 (5,39)			
Parceiros sexuais no último ano						
< 3	328 (34,13)	226 (23,52)	362 (37,67)		16	0,6311
>3	14 (1,46)	10 (1,04)	21 (2,19)			
Prostituição						
Sim	7 (0,72)	3 (0,31)	10 (1,02)		18	0,5291
Não	336 (34,39)	231 (23,64)	372 (38,08)			
Orientação sexual						
Heterossexual	342 (35,40)	234 (24,22)	381 (39,44)		11	0,5980
Não heterossexual	2 (0,21)	2 (0,21)	5 (0,52)			

1) LSIL: lesão intraepitelial cervical de baixo grau; 2) HSIL: lesão intraepitelial cervical de alto grau; 3)N/R: não realizado; 4) S/I: sem informação; 5) *p-valor* referente ao Teste Qui-Quadrado

Para a associação e regressão logística entre os aspectos sociodemográficos e clínicos e a sorologia regente ou não reagente para o HIV foram elencadas as 824 (80,2%) mulheres submetidas ao teste anti-HIV que possuíam LSIL, HSIL ou condiloma como lesão. As 153 (14,9%) mulheres não testadas e as 50 (4,9%) mulheres que possuíam diagnóstico de HPV apenas por meio de técnicas de

biologia molecular foram excluídas da análise. As respostas “sem informação” de cada variável sociodemográfica e clínica foram consideradas *missing* e também não entraram na análise.

Ao avaliar por regressão logística a associação entre sorologia reagente ou não reagente para o HIV e as variáveis sociodemográficas, observou-se maior probabilidade de soropositividade para mulheres não brancas (p<0,01; OR=1,990; IC=1,392-2,843); que estudaram de 0 a 4 anos (p<0,01; OR=4,384; IC=1,706-11,266) ou de 5 a 8 anos (p<0,01; OR=2,530; IC=1,051-6,093); viúvas (p<0,01; OR=4,223, IC=1,869-9,542); que consumiam álcool (p=0,0013; OR=2,120; IC=1,333-3,374), tabaco (p<0,01; OR=2,389; IC=1,660-3,437) ou droga ilícita (p<0,01; OR=2,936; IC=1,882-4,580); e que possuíam hepatite C (p<0,01; OR=10,529; IC=4,160-26,647) (Tabela 11).

Para a associação entre a sorologia reagente ou não reagente para o HIV e as variáveis clínicas, nos itens sorologia para hepatite B, hepatite C e sífilis, foi considerado *missing*, além da resposta “sem informação”, a resposta “não realizado”. No item total de parceiros apenas uma mulher respondeu nunca ter tido relação sexual, portanto foi excluída da análise, gerando um n de 823 mulheres para este quesito.

Após o teste de associação entre sorologia reagente ou não reagente para o HIV e variáveis clínicas, observou-se maior probabilidade de soropositividade para mulheres com hepatite C (p<0,01; OR=10,529; IC=4,160-26,647); que tiveram de 5 a 10 (p<0,01, OR=1,985; IC=1,207-3,264) ou mais de 10 (p<0,01, OR=3,487, IC=2,170-5,602) parceiros sexuais ao longo da vida; e as que se prostituíam (p=0,0039, OR=3,699, IC=1,434-9,540) (Tabela 12).

Tabela 11 – Associação e regressão logística entre as variáveis sociodemográficas e sorologia para o HIV de mulheres com infecção genital pelo HPV (n=824) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012

	HIV					
	Negativa	**Positiva**				
	n (%)	**n (%)**	***Missing***	***p-valor*[1]**	**OR[2]**	**IC[3] (95%)**
Faixa etária (anos)						
<16	8 (0,97)	2 (0,24)	0	**<0,01**	1,000	Referência
16|–|19	30 (3,64)	9 (1,09)			1,200	(0,215 ; 6,696)
20|–|29	288 (34,95)	38 (4,61)			0,528	(0,108 ; 2,578)
30|–|39	206 (25,00)	43 (5,22)			0,835	(0,171 ; 4,070)
40|–|49	89 (10,80)	39 (4,73)			1,753	(0,356 ; 8,635)
50|–|59	38 (4,61)	12 (1,46)			1,263	(0,235 ; 6,777)
≥ 60	13 (1,58)	9 (1,09)			2,769	(0,473 ; 16,213)
Etnia (referida)						
Branca	453 (55,18)	78 (9,50)	3	**<0,01**	1,000	Referência
Não Branca	216 (26,31)	74 (9,01)			1,990	**(1,392 ; 2,843)**
Escolaridade (anos)						
0|–|4	66 (8,01)	31 (3,76)	13	**<0,01**	4,384	**(1,706 ; 11,266)**
5|–|8	284 (34,47)	77 (9,34)			2,530	**(1,051 ; 6,093)**
9|–|11	253 (30,70)	38 (4,61)			1,402	(0,565 ; 3,477)
≥ 12	56 (6,80)	6 (0,73)			1,000	Referência
Estado civil						
Solteiro	200 (24,27)	51 (6,19)	9	**<0,01**	1,000	Referência
União Estável	413 (50,12)	73 (8,86)			0,693	(0,467 ; 1,029)
Desquitada	38 (4,61)	13 (1,58)			1,342	(0,666 ; 2,704)
Viúva	13 (1,58)	14 (1,70)			4,223	**(1,869 ; 9,542)**
Situação econômica						
Com renda	127 (15,41)	33 (4,00)	18	0,5182	1,000	Referência
Sem renda	348 (42,23)	82 (9,95)			0,907	(0,577 ; 1,425)
Outra	181 (21,97)	35 (4,25)			0,744	(0,439 ; 1,260)
Uso de álcool						
Sim	72 (8,74)	31 (3,76)	10	**0,0013**	2,120	**(1,333 ; 3,374)**
Não	591 (71,72)	120 (14,56)			1,000	Referência
Uso de tabaco						
Sim	174 (21,12)	69 (8,37)	5	**<0,01**	2,389	**(1,660 ; 3,437)**
Não	494 (59,95)	82 (9,95)			1,000	Referência
Uso de drogas						
Sim	68 (8,25)	38 (4,61)	5	**<0,01**	2,936	**(1,882 ; 4,580)**
Não	599 (72,69)	114 (13,83)			1,000	Referência
Tipo de lesão						
LSIL[4]	154 (18,69)	47 (5,70)		**<0,01**	0,953	(0,632 ; 1,438)
Condiloma	265 (32,16)	24 (2,91)			0,283	**(0,174 ; 0,460)**
HSIL[5]	253 (30,70)	81 (9,83)			1,000	Referência

1) *p-valor* referente ao Teste Qui-Quadrado; 2) OR: *Odds Ratio* Bruto; 3) IC: Intervalo de Confiança; 4) LSIL: lesão intraepitelial cervical de baixo grau; 5) HSIL: lesão intraepitelial cervical de alto grau

Tabela 12 – Associação e regressão logística entre as variáveis clínicas e a sorologia para o HIV de mulheres com infecção genital pelo HPV (n=824) atendidas em um hospital universitário do interior paulista, Ribeirão Preto-SP, 1986-2012

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

1) N/R: não realizado; 2) S/I: sem informação; 3) *p-valor* referente ao Teste Qui-Quadrado; 4) OR*: Odds Ratio* Bruto; 5) IC: Intervalo de confiança

4.2 Avaliação do seguimento clínico de mulheres com lesão intraepitelial de alto grau causada pelo HPV, considerando a assiduidade e o número de consultas agendadas após realização de CAF

Por meio do levantamento de registros de mulheres com HSIL atendidas no SEMIGO do HCFMRP-USP, verificou-se que das 391 mulheres que possuíam este tipo de lesão, 223 haviam sido submetidas à CAF. Destas, 169 haviam passado por tal procedimento até dezembro de 2010, com data do primeiro registro de CAF realizado em 11/03/1999 e o último em 23/11/2010.

A faixa etária predominante foi entre 30 e 39 anos 79 (46,7%), 110 (65,1%) mulheres eram de etnia branca e 99 (58,6%) eram casadas ou viviam como casadas. Em relação à escolaridade e a situação econômica, 68 (40,2%) possuíam de cinco a oito anos de estudo e 68 (40,2%) não possuíam renda fixa (Tabela 13).

Tabela 13 – Caracterização sociodemográfica das mulheres com lesão intraepitelial de alto grau causada pelo HPV (n=169), que foram submetidas à CAF[1], atendidas em um hospital universitário do interior paulista, Ribeirão Preto-SP, 1991-2012

Variáveis	Nº	%
Faixa etária (anos)		
<16	1	0,6
16|–|19	1	0,6
20|–|29	37	21,9
30|–|39	79	46,7
40|–|49	35	20,7
50|–|59	14	8,3
≥ 60	2	1,2
Etnia (referida)		
Branca	110	65,1
Parda	39	23,1
Negra	20	11,8
Estado civil		
Solteira	47	27,8
União estável	99	58,6
Divorciada	13	7,7
Viúva	6	3,5
Sem informação	4	2,4
Escolaridade (anos)		
0|–|4	27	16,0
5|–|8	68	40,2
9|–|11	57	33,7
≥12	14	8,3
Sem informação	3	1,8
Situação econômica		
Com renda	43	25,5
Sem renda	68	40,2
Outra	48	28,4
Sem informação	10	5,9

1) CAF: cirurgia de alta frequência

Quanto aos antecedentes pessoais, a maioria das mulheres não fazia uso de bebida alcoólica 132 (78,1%), tabaco 103 (60,9%) ou droga ilícita 144 (85,2%) (Tabela 14). Em relação ao tipo de bebida consumida, das 32 (18,9%) mulheres que faziam uso de álcool, 26 (81,3%) bebiam cerveja, duas (6,2%) cachaça, duas (6,2%) vinho e uma (3,2%) uísque, uma (3,2%) não informou o tipo de bebida consumida. Ainda em relação ao uso de álcool, 17 (53,1%) mulheres afirmaram consumir a bebida aos finais de semana, oito (25,0%) ocasionalmente, quatro (12,5%) diariamente e três (9,4%) não informaram a frequência. Sobre a quantidade de tabaco consumido, das 64 (37,9%) mulheres que fumavam, 30 (46,9%) consumiam de 10 a 20 cigarros por dia, 15 (23,4%) mais de 20 cigarros por dia, 12 (18,8%) menos de 10 cigarros por dia e sete (10,9%) não informaram a quantidade. Quanto ao tipo de droga ilícita usada, das 23 (13,6%) mulheres que faziam uso, 12 (52,2%) usavam maconha, nove (39,1%) cocaína e duas (8,7%) não informaram o tipo de droga usada.

Tabela 14– Caracterização das mulheres com lesão intraepitelial cervical de alto grau causada pelo HPV (n=169), que foram submetidas à CAF[1], quanto ao uso de tabaco, bebida alcoólica e drogas ilícitas, Ribeirão Preto-SP, 1991-2012

Variáveis	Nº	%
Uso de álcool		
Sim	32	18,9
Não	132	78,1
Sem informação	5	3,0
Uso de tabaco		
Sim	64	37,9
Não	103	60,9
Sem informação	2	1,2
Uso de drogas ilícitas		
Sim	23	13,6
Não	144	85,2
Sem informação	2	1,2

1) CAF: cirurgia de alta frequência

Em relação aos testes de sorologia realizados, 39 (23,1%) possuíam sorologia reagente para HIV, duas (1,2%) para hepatite B, sete (4,2%) hepatite C e uma (0,6%) para sífilis (Tabela 15). Das 39 (23,1%) mulheres que possuíam sorologia reagente para o HIV, duas (5,3%) possuíam diagnóstico há menos de um ano, 11 (28,9%) de um a cinco anos, 23 (60,5%) há mais de cinco anos e duas (5,3%) não possuíam informação.

Tabela 15 – Distribuição das mulheres com lesão intraepitelial de alto grau causada pelo HPV (n=169), que foram submetidas à CAF[1], atendidas em um hospital universitário do interior paulista, segundo os testes sorológicos, Ribeirão Preto-SP, 1991-2012

Testes sorológicos	Nº	%
HIV		
Reagente	39	23,1
Não reagente	116	68,6
Não realizado	14	8,3
Hepatite B		
Reagente	2	1,2
Não reagente	149	88,2
Não realizado	9	5,3
Sem informação	9	5,3
Hepatite C		
Reagente	7	4,2
Não reagente	143	84,6
Não realizado	10	5,9
Sem informação	9	5,3
Sífilis		
Reagente	1	0,6
Não reagente	150	88,7
Não realizado	9	5,3
Sem informação	9	5,3

1) CAF: cirurgia de alta frequência

Sobre os dados obstétricos, 138 engravidaram ao menos uma vez e 128 nunca abortaram (Tabela 16). Quanto aos antecedentes ginecológicos, 92 (54,4%) mulheres iniciaram sua vida sexual com dezesseis anos ou menos, 113 (66,9%) tiveram o total de um à cinco parceiros sexuais e 152 (89,9%) tiveram menos de três parceiros sexuais no último ano. Quase a totalidade das mulheres era heterossexual 165 (97,6%) e 159 (94,1%) nunca se prostituíram (Tabela 17).

Tabela 16 – Distribuição das mulheres com lesão intraepitelial de alto grau causada pelo HPV (n= 169), que foram submetidas à CAF[1], atendidas em um hospital universitário do interior paulista, segundo dados obstétricos, Ribeirão Preto-SP, 1991-2012

Variáveis	Zero	Um	Dois	Três	≥ Quatro	S/I[2]
Gestação	31 (18,3%)	33 (19,5%)	38 (22,5%)	31 (18,3%)	36 (21,3%)	-
Parto	35 (20,7%)	39 (23,1%)	51 (30,2%)	23 (13,6%)	21 (12,4%)	-
Parto vaginal	63 (37,3%)	34 (20,1%)	39 (23,1%)	17 (10,0%)	16 (9,5%)	-
Parto Cesárea	113 (66,9%)	36 (21,3%)	14 (8,3%)	3 (1,8%)	3 (1,8%)	-
Aborto	128 (75,7%)	32 (18,9%)	3 (1,8%)	1 (0,6%)	4 (2,4%)	1 (0,6%)
Número de filhos	36 (21,3%)	44 (26,0%)	45 (26,6%)	24 (14,2%)	19 (11,2%)	1 (0,6%)

1) CAF: cirurgia de alta freqüência; 2) S/I: sem informação

Tabela 17 – Distribuição das mulheres com lesão intraepitelial cervical de alto grau causada pelo HPV (n= 169), que foram submetidas à CAF[1], atendidas em um hospital universitário do interior paulista, segundo caracterização do comportamento sexual, Ribeirão Preto-SP, 1991-2012

Variáveis	Nº	%
Primeira relação sexual (idade)		
< 16	92	54,4
16|–|20	61	36,1
> 20	16	9,5
Total de parceiros sexuais		
01|–|05	113	66,9
05|–|10	29	17,1
10|–|20	15	8,9
Incontáveis	11	6,5
Sem informação	1	0,6
Parceiros sexuais no último ano		
< 3	152	89,9
03|–|10	9	5,3
>10	4	2,4
Sem informação	4	2,4
Prostituição		
Sim	7	4,1
Não	159	94,1
Sem informação	3	1,8
Orientação sexual		
Heterossexual	165	97,6
Homossexual	1	0,6
Bissexual	2	1,2
Sem informação	1	0,6

1) CAF: cirurgia de alta frequência

No que diz respeito à parceria afetivo-sexual, 122 (72,2%) não tinham passado de IST, 136 (80,5%) não eram heterossexual hiperativo, 99 (58,6%) não faziam uso de álcool, 128 (75,7%) não faziam uso de droga ilícita, 81 (47,9%) não faziam uso de tabaco e 141 (83,4%) não haviam sido presos (Tabela 18). Dos 38 (22,5%) que possuíam passado de IST, 19 (50,0%) tinham HIV, 11 (28,9%) HPV, quatro (10,5%) gonorréia, três (7,9%) herpes e um (2,6%) sífilis.

Tabela 18 – Distribuição das mulheres com lesão intraepitelial de alto grau causada pelo HPV (n=169), que foram submetidas à CAF[1], atendidas em um hospital universitário do interior paulista, segundo caracterização da parceria sexual, Ribeirão Preto-SP, 1991-2012

Variáveis	Nº	%
Passado de IST		
Sim	38	22,5
Não	122	72,2
Sem informação	9	5,3
Heterossexual hiperativo		
Sim	23	13,6
Não	136	80,5
Sem informação	10	5,9
Uso de álcool		
Sim	59	34,9
Não	99	58,6
Sem informação	11	6,5
Uso de drogas		
Sim	31	18,3
Não	128	75,7
Sem informação	10	5,9
Uso de tabaco		
Sim	77	45,6
Não	81	47,9
Sem informação	11	6,5
Presidiário		
Sim	17	10,1
Não	141	83,4
Sem informação	11	6,5

1) CAF: cirurgia de alta frequência

Sobre a procedência das mulheres, 86 (50,9%) eram de Ribeirão Preto, 79 (46,7%) do interior de São Paulo, três (1,8%) do interior de Minas Gerais e uma (0,6%) de São Paulo – Capital. Das 86 mulheres que moravam em Ribeirão Preto, 39 (23,1%) pertenciam à zona oeste, 29 (17,2%) à zona norte, 12 (7,1%) à zona leste, três (1,8%) à zona sul e três (1,8%) ao centro.

Em relação ao comparecimento aos retornos agendados após a realização da CAF, e de acordo com o Ministério da Saúde, 108 (63,9%) mulheres compareceram ao retorno após sete dias do procedimento, 116 (68,6%) após seis meses, 72 (42,6%) após nove meses, 74 (43,8%) após 12 meses, 67 (39,6%) após 18 meses e 58 (34,3%) após 24 meses. A respeito das mulheres que tiveram recidiva da lesão e passaram por RECAF durante o período de seguimento analisado, foram considerados apenas os retornos comparecidos até o momento da realização da segunda cirurgia. Os retornos posteriores foram considerados *missing* e estão apresentados na tabela como “não se aplica”. Quanto ao RECAF, quatro (2,4%) mulheres tiveram recidiva da lesão e foram submetidas a novo procedimento

excisional após nove meses da CAF e mais quatro (2,4%) após 12 meses da CAF, totalizando oito (4,8%) mulheres (Tabela 19).

Dos **108** indivíduos que compareceram ao retorno agendado após sete dias da CAF, **77** também compareceram ao retorno após seis meses. Destes 77, **31** também compareceram ao retorno após nove meses da CAF. Destes 31, **18** também compareceram ao retorno após 12 meses da CAF. Destes 18, **oito** também compareceram ao retorno após 18 meses da CAF. E destes 8, **três** também compareceram ao retorno após 24 meses da CAF. Portanto, considerando as datas pré-estabelecidas pelo local de estudo, apenas **três** pessoas compareceram a todos os retornos agendados. É importante ressaltar que foi considerada como assídua a mulher que compareceu a estas consultas com intervalo de até um mês para mais ou para menos em relação à data estabelecida. Para o retorno correspondente a sete dias pós-CAF ou pós-RECAF, considerou-se como assídua a mulher que compareceu ao ambulatório até 14 dias após a realização do procedimento.

Tabela 19 – Distribuição das mulheres com lesão intraepitelial de alto grau causada pelo HPV (n=169), que foram submetidas à CAF[1], segundo o comparecimento aos agendamentos pré-estabelecidos pelo serviço de estudo, Ribeirão Preto, 1991-2012

Agendamento	Comparecimento				Não se aplica		Total	
	Sim		Não		(RECAF)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
07 dias pós CAF[1]	108	63,9	61	36,1	-	-	169	100
06 meses pós CAF	116	68,6	53	31,4	-	-	169	100
09 meses pós CAF	72	42,6	93	55,0	4	2,4	169	100
12 meses pós CAF	74	43,8	87	51,5	8	4,7	169	100
18 meses pós CAF	67	39,6	94	55,6	8	4,7	169	100
24 meses pós CAF	58	34,3	103	60,9	8	4,7	169	100

1) CAF: cirurgia de alta frequência

Das 61 (36,1%) mulheres que não compareceram ao retorno no 7° dia após realização da CAF, 41 (67,2%) compareceram no período compreendido entre 15 dias e cinco meses após o procedimento; das 53 (31,4%) que não compareceram ao retorno seis meses após a CAF, nove (17,0%) compareceram entre sete meses e oito meses após o procedimento; das 93 (55,0%) que não compareceram ao retorno nove meses após a CAF, seis (6,5%) compareceram entre 10 meses e 11 meses

após o procedimento; das 87 (51,5%) que não compareceram ao retorno 12 meses após a CAF, 31 (35,6%) compareceram entre 13 meses e 17 meses após o procedimento; e das 94 (55,6%) que não compareceram ao retorno 18 meses após a CAF, 30 (31,9%) compareceram entre 19 meses e 23 meses após o procedimento (Tabela 20).

Tabela 20 – Distribuição das mulheres com lesão intraepitelial de alto grau causada pelo HPV (n=169), submetidas à CAF[1], segundo o comparecimento aos retornos em datas diferentes das pré-estabelecidas pelo serviço de estudo, Ribeirão Preto, 1991-2012

	Comparecimento					
Período de comparecimento	**Sim**		**Não**		**Total**	
aos retornos após CAF[1]	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
15 dias|–|05 meses	41	67,2	20	32,8	61	100
07 meses|–|08 meses	9	17,0	44	83,0	53	100
10 meses|–|11 meses	6	6,5	87	93,5	93	100
13 meses|–|17 meses	31	35,6	56	64,4	87	100
19 meses|–|23 meses	30	31,9	64	68,1	94	100

1) CAF: cirurgia de alta frequência

Das 41 (67,2%) mulheres que compareceram ao retorno no período compreendido entre 15 dias e cinco meses após realização da CAF, nove (22,0%) estiveram presentes entre 15 dias e um mês após o procedimento, 26 (63,4%) entre dois e três meses e seis (14,6%) entre quatro e cinco meses; das 31 (35,6%) que compareceram ao retorno no período compreendido entre 13 e 17 meses após a realização da CAF, 20 (64,5%) estiveram presentes entre 13 e 15 meses após o procedimento e 11 (35,5%) entre 16 e 17 meses; e das 30 (31,9%) que compareceram ao retorno no período compreendido entre 19 e 23 meses após a realização da CAF, 18 compareceram (60,0%) entre 19 e 21 meses após o procedimento e 12 (40,0%) entre 22 e 23 meses (Tabela 21).

Tabela 21 – Distribuição das mulheres com lesão intraepitelial de alto grau causada pelo HPV (n=169), submetidas à CAF[1], segundo o intervalo de comparecimento aos retornos agendados em datas diferentes das pré-estabelecidas pelo serviço de estudo, Ribeirão Preto, 1991-2012

Intervalo de comparecimento aos retornos pós-CAF[1]	**n**	**%**
Entre 15 dias e 05 meses		
15 dias|–|01 mês	9	22,0
02 meses|–|03 meses	26	63,4
04 meses|–|05 meses	6	14,6
Total	41	100
Entre 07 meses e 08 meses		
07 meses|–|08 meses	9	100
Total	9	100
Entre 10 meses e 11 meses		
10 meses|–|11 meses	6	100
Total	6	100
Entre 13 meses e 17 meses		
13 meses|–|15 meses	20	64,5
16 meses|–|17 meses	11	35,5
Total	31	100
Entre 19 meses e 23 meses		
19 meses|–|21 meses	18	60,0
22 meses|–|23 meses	12	40,0
Total	30	100

1) CAF: cirurgia de alta frequência

Para a associação entre o seguimento clínico das mulheres com HSIL submetidas à CAF e a sorologia regente ou não reagente para o HIV, foram consideradas as 155 (91,7%) mulheres submetidas ao teste anti-HIV. As 14 (8,3%) mulheres não testadas foram excluídas da análise. As mulheres que passaram por RECAF foram consideradas *missing* e também não entraram na análise (Tabela 22).

Houve associação estatisticamente significante entre os retornos agendados sete dias após realização da CAF (p=0,0403) e seis meses após realização da CAF (p=0,0079) e sorologia para o HIV. Não houve associação com os retornos agendados nove meses após realização da CAF (p=0,2407), 12 meses após realização da CAF (p=0,3343), 18 meses após realização da CAF (p=0,1402) e 12 meses após realização da CAF (p=0,2511),

Tabela 22 – Associação entre o seguimento clínico e a sorologia reagente ou não reagente para HIV de mulheres com lesão intraepitelial de alto grau causada pelo HPV (n=155), que foram submetidas à CAF[1], Ribeirão Preto, 1991-2012

Comparecimento aos retornos pós CAF[1]		**HIV[2]**			
		Positiva	**Negativa**		
		n (%)	**n (%)**	***Missing***	***p-valor[3]***
07 dias	Sim	30 (17,75)	68 (40,24)		**0,0403**
	Não	9 (5,33)	48 (28,40)		
06 meses	Sim	20 (11,83)	86 (50,89)		**0,0079**
	Não	19 (11,24)	30 (17,75)		
09 meses	Sim	14 (8,28)	54 (31,95)	4	0,2407
	Não	24 (14,20)	59 (34,91)		
12 meses	Sim	13 (7,69)	52 (30,77)	8	0,3343
	Não	22 (13,02)	60 (35,50)		
18 meses	Sim	11 (6,51)	51 (30,18)	8	0,1402
	Não	24 (14,20)	61 (36,09)		
24 meses	Sim	10 (5,92)	44 (26,04)	8	0,2511
	Não	25 (14,79)	68 (40,24)		

1) CAF: cirurgia de alta freqüência; 2) HIV: vírus da imunodeficiência humana; 3) *p-valor* referente ao Teste Qui-Quadrado

Discussão

5 DISCUSSÃO

Para a discussão dos resultados, é importante considerar as especificidades do serviço de estudo. Por tratar-se de um ambulatório de referência no atendimento de mulheres com infecção genital pelo HPV, a população estudada pode apresentar características diferentes em relação à população de outros serviços ou da população em geral.

A discussão é apresentada em duas partes: 5.1 Caracterização sociodemográfica e clínica das mulheres com infecção genital pelo HPV e 5.2 Avaliação do seguimento clínico de mulheres com HSIL causada pelo HPV, considerando a assiduidade e o número de consultas agendadas após realização de CAF.

5.1 Caracterização sociodemográfica e clínica das mulheres com infecção genital pelo HPV

Neste estudo, houve predomínio da infecção pelo HPV na faixa etária entre 20 e 29 anos (37,7%), com média de 32,78 anos e declínio acentuado após os 40 anos, fato que corrobora com achados na literatura por ser uma infecção que acomete significativamente mulheres com vida sexual ativa, em idade reprodutiva, com pico nos primeiros anos de atividade sexual (BASEMAN; KOUTSKY, 2005; ROTELI-MARTINS et al., 2007; JALIL et al., 2009).

Uma pesquisa realizada em Santa Catarina aponta resultado semelhante ao deste trabalho, constatando predomínio (73,7%) da infecção em mulheres com até 35 anos (ZAMPIROLO; MERLIN; MENEZES, 2007). Duarte et al. (2010), também compartilham estes achados, visto que, em estudo realizado em comunidades ribeirinhas no estado do Pará, identificaram presença do HPV em 55,6% das mulheres com idade entre 21 e 40 anos.

Detectou-se associação estatisticamente significante (p=0,0074) entre idade e tipos de lesões causadas pelo HPV, com predomínio de condiloma nas mulheres com até 39 anos e HSIL nas mulheres com 40 anos ou mais. Quanto à prevalência

dos tipos de lesões, nas mulheres com até 39 anos, a lesão condilomatosa teve maior frequência (28,7%), seguida pela HSIL (27,9%) e LSIL (18,2%). Já nas mulheres com 40 anos ou mais, a HSIL ocupou primeiro lugar (12,1%), seguida pela lesão condilomatosa (7,1%) e LSIL (6,0%).

Para Massad et al. (2003), tal fato justifica-se em decorrência das mulheres mais velhas apresentarem maior probabilidade de persistência e progressividade das lesões quando comparadas às jovens, o que poderia ser explicado pelo caráter transitório das infecções pelo HPV em mulheres de menor idade. Além disso, Schorge et al. (2011) apontam que a idade mais avançada permite o acúmulo de mutações que podem levar a transformação maligna.

Segundo Melnikow et al. (1998), a maior parte das mulheres com LSIL tem regressão espontânea das lesões, com risco relativo de progressão para carcinoma de 1,44% e possibilidade de regressão ao diagnóstico citológico normal de 47,39% em até dois anos. Todavia, em estudo realizado por Giaccio et al. (2010), a taxa de regressão das LSIL foi de 87,72% em até 18 meses.

Em relação à etnia, há escassez de estudos que enfoquem sua predisposição na infecção pelo HPV. O presente estudo verificou maior prevalência em mulheres brancas (64,4%) e associação estatisticamente significativa entre raça e sorologia reagente ao HIV, sugerindo que mulheres não brancas têm uma probabilidade 1,990 vezes maior de serem positivas para o HIV ($p<0,01$; OR=1,990; IC=1,392-2,843).

Gamberini, Laganá e Toriyama (2008), em um estudo sobre a relação entre etnia e frequência de HSIL em mulheres atendidas na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, destacam em seus achados maior acometimento (85,3%) das que possuíam cor branca. Beretta e Lopes (2011), ao avaliarem mulheres com o mesmo tipo de lesão, atendidas no Hospital do Servidor Estadual de São Paulo, encontraram resultado semelhante, apontando predomínio (69,1%) da raça branca.

A provável influência da cor branca em relação à presença do HPV sugere desigualdades socioeconômicas em relação ao acesso aos serviços de saúde, tanto os de prevenção quanto os de promoção e recuperação (GAMBERINI; LAGANÁ; TORIYAMA, 2008). Para Puentes (1992), de forma geral, a desigualdade no acesso e utilização destes serviços está alicerçada em pelo menos três pilares: renda, etnia e gênero.

Especificamente em relação às infecções do trato genital, os aspectos culturais como o medo e o preconceito em relação às abordagens ginecológicas vulnerabilizam ainda mais as mulheres (PESSINI; SILVEIRA, 2006). Segundo o INCA (2008), as principais causas de resistência para a realização do Papanicolau são a vergonha, medo de doer, religião, desconhecimento do exame e de onde realizá-lo e o não consentimento dos parceiros. Além disso, o medo do resultado ser positivo para o câncer faz com que muitas mulheres não retornem ao serviço para tomar conhecimento do resultado.

Reforçando a estigmatização e a discriminação de caráter racial, atreladas à desigualdade social e de gênero, estudos brasileiros, realizados em Campinas e Pelotas, apontam menor acesso das mulheres negras ao exame de prevenção do câncer de colo uterino (COSTA et al., 2003; AMORIM et al., 2006).

Quanto à condição de risco das mulheres não brancas perante o HIV, um estudo realizado no estado de São Paulo, ao analisar características relacionadas à vulnerabilidade de mulheres com sorologia positiva para o HIV segundo cor da pele, observou desvantagens na exposição das mulheres negras aos riscos à sua saúde e restrições de recursos adequados para o seu cuidado, apontando para este grupo menor nível socioeconômico, menor grau de escolaridade e piores condições de moradia (LOPES et al., 2007).

A relação entre etnia e HIV/aids transpassa por construções históricas, culturais, políticas e ideológicas, que antecedem a aquisição do vírus (LOPES, 2003). Para Albuquerque, Moco e Batista (2010), a desigualdade racial influencia e/ou determina o lugar do indivíduo na sociedade, definindo seu maior ou menor acesso aos serviços de saúde, bens materiais, escolaridade, moradia, bens públicos, e acesso à informação, induzindo maior incidência da infecção pelo HIV sobre esta população.

Quanto à escolaridade, a maior parte das mulheres (42,6%) estudou de cinco a oito anos, em concordância com Kornya et al. (2002), que constataram maior prevalência da infecção pelo HPV nas mulheres com menor escolaridade da Hungria e com Khan et al. (2005) e Adam et al. (2000), que apontaram risco aumentado para lesões cervicais em mulheres com menor escolaridade nos Estados Unidos.

Segundo Bezerra et al. (2005), mulheres com maior tempo formal de educação cuidam melhor de seu bem estar físico e psíquico e de seus familiares, aumentando positivamente os indicadores de saúde. Já as com menor tempo formal

de educação são menos conscientes de seus direitos e apresentam menor autonomia sobre seus corpos, além de serem, muitas vezes, dependentes econômica e emocionalmente de seus parceiros, o que interfere no seu poder de decisão em situações do cotidiano como, por exemplo, a negociação em relação à prática do sexo seguro (EDUARDO et al., 2012).

Identificou-se associação estatisticamente significante entre baixa escolaridade e HSIL (p=0,0011) e entre baixa escolaridade e soropositividade para o HIV (p<0,01), sugerindo que quanto maior o grau da lesão causada pelo HPV, menor é o grau de escolaridade concluído pela mulher acometida e indicando probabilidade 4,384 vezes maior de ser soropositiva para mulheres que estudaram de 0 a 4 anos (OR=4,384; IC=1,706-11,266) e 2,530 para mulheres que estudaram de 5 a 8 anos (OR=2,530; IC=1,051-6,093).

O saber é mediador de atitudes que beneficiarão ou não a percepção de risco acerca das lesões precursoras do câncer de colo uterino (CARVALHO; QUEIROZ, 2011), bem como o acesso aos serviços de saúde e a adesão ao tratamento do HIV/aids, interferindo inclusive na compreensão da terapêutica, devido às dificuldades na interpretação das informações oferecidas pela equipe de saúde e no reconhecimento da importância de realizar o tratamento corretamente (FELIX; CEOLIM, 2012).

Porém, o menor acesso aos serviços de saúde não se resume apenas à falta de instrução e menor procura do paciente por tratamento, ele também está relacionado à adequação entre a oferta de serviços e a demanda da população. Muitas vezes, a organização do serviço prestado não corresponde às necessidades e anseios das pessoas assistidas, em decorrência da burocracia para realização de procedimentos e agendamento de consultas e exames, tornando o atendimento em saúde ainda mais complexo e confuso para os usuários com baixo nível de escolaridade (CERQUEIRA; PUPO, 2009).

Além disso, a falta de médicos e de vagas para consulta também compõem barreira ao acesso aos serviços de saúde, ferindo o direito da universalização do atendimento (OZAWA; MARCOPITO, 2011). Para Ribeiro et al. (2006), há maior utilização do SUS por indivíduos negros e pardos, com menor escolaridade e menor renda familiar per capita, ou seja, grupos com inserção social mais precária, o que eleva a importância do conceito de equidade, que afirma ser preciso tratar diferentemente os diferentes ou ofertar mais aos mais necessitados.

Como provável consequência do baixo nível de escolaridade e da maior parte das mulheres estudadas desenvolverem atividades do lar, observou-se maior frequência (51,5%) de mulheres sem renda fixa e associação estatisticamente significante (p<0,01) entre ausência de renda e presença de lesões condilomatosas, LSIL e HSIL. Apesar da desvalorização do trabalho doméstico, sabe-se que através dele a mulher contribui com a renda familiar (GUEDES et al., 2009), a medida que ela administra os bens adquiridos (PAULILO, 2004). Assim como a falta de informação, a dependência econômica estabelece relações desiguais de poder entre os gêneros, diminuindo o poder de negociação das mulheres em relação ao uso do preservativo e, consequentemente, a proteção conta as IST (GUEDES et al., 2009; SILVEIRA et al., 2002) .

Esperava-se que o acometimento pelo HPV fosse menor em mulheres com relacionamento estável, por se exporem a um menor número de parceiros sexuais, porém este grupo mostrou-se como o de maior acometimento (58,1%). Verificou-se associação estatisticamente significante (p=0,0011) entre união estável e todas as formas de apresentação da infecção, ou seja, condiloma, LSIL e HSIL. Porém, sobre a sorologia reagente para o HIV, a associação presente em relação ao estado civil (p<0,01; OR=4,223; IC=1,869-9,542) sugeriu probabilidade 4,223 vezes maior de soropositividade para mulheres viúvas.

Uma possível explicação para alta prevalência do HPV em mulheres casadas ou que vivem como casadas seria o fato destas mulheres, justamente por possuírem vida sexual estável e confiança no parceiro fixo, trocarem o método contraceptivo de barreira pelo anticoncepcional hormonal oral (ACHO) (CROSBY et al., 2008). Ademais, Nonnenmacher et al. (2002), consideram a possibilidade de o parceiro ser promíscuo e, assim, contribuir para a associação positiva entre infecções pelo HPV e mulheres com união estável.

Em relação ao estado civil viúva ter sido considerado predisponente para a soropositividade ao HIV, um estudo realizado em um ambulatório de um centro de referência na área de IST, localizado na cidade de São Paulo, que avaliou a sexualidade e a saúde reprodutiva de mulheres HIV positivas, afirma ser um dado esperado, já que grande parte dessas mulheres se tornaram viúvas pelo fato de seus parceiros terem tido aids (SANTOS et al., 2002).

A análise das variáveis referentes ao uso de álcool e drogas mostrou-se importante, já que os usuários destas substâncias apresentaram maior incidência de

comportamentos sexuais de risco para IST. Contudo, não se constatou frequência alta de mulheres consumidoras de álcool e drogas nesse grupo, apenas 124 (12,6%) e 132 (13,4%) respectivamente. Evidenciou-se associação estatisticamente significativa entre tipo de lesão manifestada e uso álcool (p=0,0048), indicando maior consumo da bebida por mulheres com HSIL. Quanto à sorologia reagente ou não para o HIV, mulheres que consumiam álcool apresentaram probabilidade 2,120 maior de serem soropositivas (p=0,0013; OR=2,120; IC=1,333-3,374) e as que faziam uso de droga ilícita 2,936 maior (p<0,01; OR=2,936; IC=1,882-4,580).

Os usuários de drogas geralmente iniciam sua vida sexual mais cedo quando comparados aos não usuários, usam menos preservativos e realizam pagamento por sexo e prostituição (SCIVOLETTO et al., 1999). Um estudo realizado pelo Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Aids (NUPAIDS, 1992) observou que o consumo de álcool e drogas, com exceção da cocaína e do crack, estimula a atividade sexual, pois logo após o seu consumo a impressão dos usuários é de que a “paquera” fica mais fácil, a libido aumenta e o desempenho na relação sexual melhora.

Scivoletto et al. (1999), levantam a hipótese de que a relação entre o uso de drogas e o comportamento sexual de risco para IST não seja de causalidade, mas consequência comum a um tipo de comportamento que nomearam de “liberal”, e que seria aplicável tanto para usuários de drogas que estimulariam o sexo, como o álcool e a maconha, quanto para drogas que o desestimulariam, como é o caso da cocaína e do crack. Ainda segundo os autores, a relação entre o uso de álcool e drogas e maior atividade sexual está ligada ao comportamento mais sociável destes indivíduos, que frequentam bares e danceterias, lugares onde sabidamente se consomem estes entorpecentes e, ao mesmo tempo, propiciam o encontro de parcerias sexuais em decorrência da aglomeração de pessoas.

Além disso, acrescido ao uso de álcool e drogas, existem outros fatores importantes envolvidos na relação sexual estabelecida com um novo parceiro, como não haver preservativos disponíveis no momento do ato sexual, por ser uma relação não programada e por haver receio de que a discussão sobre sexo seguro possa interromper o ato sexual ou desagradar o novo parceiro (SENF; PRICE, 1994).

O uso do tabaco foi relatado por 293 (29,8%) mulheres, frequência semelhante à encontrada em um estudo realizado em Maringá que estimou a prevalência da infecção genital por HPV em auxiliares de serviços gerais na fase do

climatério (SUZUKI et al., 2007). Houve associação estatisticamente significante entre o uso do cigarro e os tipos de lesões causadas pelo HPV ($p<0,01$), com maior consumo do tabaco por mulheres com HSIL, e probabilidade 2,389 maior de ser soropositiva para o HIV para as mulheres que fumavam ($p<0,01$; OR=2,389; IC=1,660-3,437) quando comparadas às que não fumavam.

O tabaco é considerado fator de risco para a infecção pelo HPV, visto que, além de tornar menor o desempenho do sistema inume, através da redução das células de Langerhans e de Linfócitos T_{helper} no epitélio escamoso de transformação da cérvice uterina (POPPE et al., 1995), provoca mutações celulares (ALAM et al., 2008; MCGLENNEN, 2000).

Para Santos (2010), apesar dos trabalhos já realizados a respeito do fumo, é preciso elucidar os mecanismos que o levam a contribuir com a carcinogênise cervical, bem como se há diferença quanto a sua utilização, ou seja, o número de cigarros/dia, idade de início e duração do tabagismo.

É importante salientar que o fumo passivo também sugere fator de risco para o desenvolvimento de lesões no colo uterino. Jones et al. (1991), reforçam tal afirmação ao acharem em seu estudo elevados níveis de nicotina em amostras de lavado cervical de mulheres não fumantes que eram expostas à fumaça de cigarro em seus domicílios.

Sabe-se que o número de mulheres fumantes aumenta a cada ano, o que reforça a importância de campanhas que trabalhem em prol da prevenção do fumo e do tabagismo passivo, principalmente em países em desenvolvimento (ERNSTER et al., 2000), onde é maior o número de óbitos por câncer cervical (INCA, 2011c)

A infecção pelo HIV foi encontrada em 164 (16,0%) mulheres, pelo vírus da hepatite C em 24 (2,3%), hepatite B em 10 (1,0%) e pela bactéria da sífilis em oito (0,8%). Identificou-se associação estatisticamente significante apenas entre tipo de lesão e sorologia para o HIV ($p<0,01$), com maior soropositividade para mulheres com HSIL. Em relação às sorologias para hepatites B e C e sífilis não houve associação. Mulheres com hepatite C apresentaram probabilidade 10,529 vezes maior de serem HIV positivas ($p<0,01$; OR=10,529; IC=4,160-26,647) do que as que não possuíam a infecção.

As co-infecções genitais, sejam elas transmitidas sexualmente ou não, sugerem importância na proliferação celular associada ao HPV por aumentarem a umidade vaginal (ORIEL, 1971). As infecções pelo HPV e HIV incidem

principalmente nas mulheres sexualmente ativas (LYONS; PRENDIVILLE; MULCAHY, 2004) e possuem em comum os fatores de risco múltiplos parceiros sexuais, idade precoce para a primeira relação sexual, sexo com homens que tiveram múltiplas parceiras, baixo nível socioeconômico e prática sexual sem proteção, o que estabelece margem para a co-infecção entre essas duas patologias (VAZ et al., 2011).

Quanto à maior probabilidade de mulheres com hepatite C possuírem HIV, sabe-se que seus agentes etiológicos compartilham dos mesmos mecanismos de transmissão, ou seja, as vias parenteral, sexual e vertical, o que explica a alta frequência da co-infecção pelos dois vírus (SILVA; BARONE, 2006).

Em relação ao comportamento sexual, destaca-se que, quanto mais precoce o início da atividade sexual, maior o risco de aquisição da infecção genital pelo HPV (KAHN et al., 2002). Neste estudo, 545 (53,1%) mulheres tiveram sua primeira relação sexual com menos de 16 anos e não foi observada associação estatisticamente significante com tipo de lesão apresentada e nem com soropositividade para o HIV.

Um estudo realizado no município de Cáceres – MT, ao avaliar o comportamento sexual de mulheres com lesões precursoras para o câncer de colo uterino, apontou que 71,1% delas iniciaram atividade sexual antes do 17 anos de idade (TELES, 2010). Rama et al. (2008) ao estudarem mulheres com câncer de colo uterino em duas cidades do estado de São Paulo, observaram que 21,5% das mulheres iniciaram sua vida sexual com 15 anos ou menos e 24,8% entre 16 e 17 anos, totalizando 46,3% da população estudada. Ao estudar mulheres com o mesmo tipo de lesão cervical, em Honduras, Ferrera et al. (2000) evidenciaram que, 54% das mulheres tiveram sua primeira relação sexual entre 16 e 19 anos e 24% antes dos 15 anos.

O início precoce da atividade sexual tem sido relacionado à aquisição de infecção por HPV de alto risco visto que, no período da adolescência, a zona de transformação do colo uterino está localizada na ectocérvice, tornando-se mais exposta e vulnerável a infecção pelo HPV (MANGAN et al., 1997). Ademais, o início prematuro da atividade sexual propicia maior oportunidade de parceiros ao longo da vida e uso prolongado de ACHO, aumentando a probabilidade de infecções por diferentes tipos de HPV (COLLINS et al., 2005).

Apesar do alto número de parceiros sexuais ser considerado um dos fatores de risco mais consistentes para a infecção pelo HPV (BASEMAN; KOUTSKY, 2005), neste estudo a maioria das mulheres 759 (73,9%) tiveram apenas de um a cinco parceiros ao longo da vida e 964 (93,9%) menos de três parceiros no último ano. Houve associação estatisticamente significante (p=0,0077) entre o total de 1 a 5 parceiros ao longo da vida e lesões condilomatosas, LSIL e HSIL. Não foi observada associação entre tipo de lesão e número de parceiros no último ano. As mulheres que tiveram de cinco a 10 parceiros ao longo da vida apresentaram probabilidade 1,985 maior de possuírem HIV (p<0,01, OR=1,985; IC=1,207-3,264) quando comparadas às que tiveram de um a cinco parceiros e as que tiveram mais de 10 parceiros apresentaram probabilidade 3,487 maior de possuírem a infecção (p<0,01, OR=3,487, IC=2,170-5,602) quando comparadas ao mesmo grupo.

Inúmeros estudos apontam relação entre o número de parceiros sexuais e o risco de infecção pelo HPV (KORNYA et al., 2002; KHAN et al., 2005), demonstrando maior risco de mulheres com mais parceiros adquirirem o vírus quando comparadas às com menos parceiros (HO et al., 1998). Fedrizzi et al. (2008) no entanto, apesar de apontarem que a prevalência da infecção pelo HPV aumentou com o numero crescente de parceiros sexuais, destacam em seus achados que 76,2% das mulheres que tinham HPV tiveram apenas até cinco parceiros sexuais na vida. Tanaka et al. (2010), ao caracterizarem gestantes com lesões clínicas e/ou subclínicas induzidas pelo HPV, observaram resultado semelhante, evidenciando maior frequência 74,97% para mulheres que possuíram o total de um a cinco parceiros.

Em relação ao comportamento sexual de mulheres jovens, destaca-se que as “novas” infecções por HPV adquiridas por elas devam-se, predominantemente, à exposição e não a reativação de infecções latentes em hospedeiros imunocompetentes. Um estudo realizado em São Francisco, na Califórnia, com mulheres adolescentes e adultas jovens, reforça o exposto ao evidenciar forte associação entre comportamento sexual e infecção por HPV, com risco aumentado em 10 vezes na aquisição do vírus para cada novo parceiro sexual relatado por mês (MOSCICKI et al., 2001).

A exposição sexual também relaciona-se com o desenvolvimento do câncer de colo de útero, confirmando o fato de haver maior incidência de carcinoma de pênis nos parceiros de mulheres com carcinoma cervical (FRANCO, 2003). Rama et

al. (2008), ao analisarem a prevalência da infecção genital por HPV de alto risco em mulheres submetidas a rastreamento para o câncer cervical, constataram que o número de parceiros durante a vida, dois a três e quatro ou mais, permaneceu como importante fator de risco, atingindo, respectivamente, OR=1,9428 (IC95%=1,48-2,55) e OR=2,3918 (IC95%=1,75-3,28) comparado às participantes monogâmicas.

Quanto à prostituição, 22 (2,1%) mulheres referiram ter oferecido serviços sexuais, frequência semelhante à encontrada em um estudo realizado no interior de São Paulo (TANAKA et al., 2010), que aponta que 5,56% das mulheres referiram já terem se prostituído. Verificou-se probabilidade 3,699 maior de possuir HIV nas mulheres que se prostituíam (p=0,0039, OR=3,699, IC=1,434-9,540).

Segundo Passos e Figueiredo (2004), considera-se que as profissionais do sexo sejam mais suscetíveis às infecções por patógenos transmitidos sexualmente, entre eles o HPV, do que a população em geral, devido a fatores diretamente ligados à prostituição, como o maior número de parceiros e a ausência do uso de preservativos, e a fatores socioeconômicos, como a baixa escolaridade e o baixo poder aquisitivo. Portanto, faz-se necessário que os serviços de saúde passem a dedicar mais atenção a esta população, tanto do ponto de vista de oferta de programas preventivos, como da perspectiva de desenvolvimento de novas investigações que permitam melhor conhecimento acerca dos fatores de risco específicos desse grupo para as IST.

Em relação ao número de gestações, verificou-se neste estudo que 323 (31,5%) mulheres tiveram três gestações ou mais, fator relevante se considerarmos que a multiparidade está relacionada ao risco de infecção pelo HPV e ao desenvolvimento de cancêr de colo de útero (CASTELLSAGUÉ; BOSCH; MUNOZ, 2002; ADAM et al., 2000). Tal relação é estabelecida porque com a ocorrência de múltiplas gestações mantém-se o epitélio de transição do ectocérvice durante muitos anos, facilitando a exposição direta ao HPV (AUTIER et al., 1996). Além disso, o aumento dos níveis de estrógeno e progesterona induzido pela gravidez pode interferir no sistema regulatório da replicação viral e influenciar o risco de persistência ou progressão das lesões (SETHI et al., 1998; MUNOZ et al., 2002).

A maior parte das mulheres com HPV referiram que sua parceria afetivo-sexual não possuía histórico de IST (76,7%) e não possuía mais de uma parceria sexual ao mesmo tempo (86,2%), contradizendo os achados da literatura que apontam o contato sexual com número elevado de parceiras, relações sexuais

extraconjugais e relações sexuais com profissionais do sexo uma hipótese plausível para explicar a elevada prevalência da infecção por HPV (RAMA et al., 2008; ELUF-NETO; NASCIMENTO, 2001).

O resultado encontrado sugere que as mulheres estudadas não se consideram vulneráveis às IST por julgarem estável sua união e por cofiarem no parceiro. A segurança e a confiança no relacionamento sexual podem submeter essas mulheres à prática sexual dita insegura, tornando-as ainda mais vulneráveis às infecções genitais.

Teixeira et al. (1999) observaram, através da avaliação da frequência de lesões relacionadas ao HPV nos parceiros de mulheres com neoplasia intraepitelial do trato genital inferior, que o fato do homem apresentar mais de uma parceira sexual foi suficiente para aumentar em três a quatro vezes as chances de diagnóstico de infecção por HPV, independentemente do número de parceiras relatadas. Tal observação indica que quanto maior o número de parceiras sexuais, maior a chance de encontrar infecção pelo HPV no homem, fato que agrava ainda mais a condição de risco das mulheres que se acreditam fora de qualquer perigo, que possuem sentimento de segurança no casamento e de confiança no parceiro, constituindo fator de vulnerabilidade para ambos.

Ainda em relação à parceria afetivo-sexual, a maioria não fazia uso de álcool (62,1%), drogas (78,7%) e tabaco (57,8%) e não havia sido encarcerada (84,1%).

Quanto ao uso de álcool e drogas ilícitas, sabe-se que há uma relação entre o seu consumo e a aquisição de IST, já que essas substâncias provocam desinibição e aumentam a capacidade de comunicação, diminuindo a percepção de risco e facilitando a prática do sexo desprotegido (CARDOSO; MALBERGIER; FIGUEIREDO, 2008). Em relação ao tabaco consumido pelos homens, da mesma forma que nas mulheres, o hábito de fumar pode levar a uma diminuição da resposta imunológica local, facilitando a persistência, evolução e, principalmente, as recidivas das lesões induzidas por HPV (HIPPELAINEN et al., 1993). Sobre a reclusão, além da vulnerabilidade a que estão sujeitos quanto ao uso de drogas e aquisição de IST, deve considerar-se sua exposição à marginalidade, ao crime, à prostituição e a promiscuidade no interior dos presídios (FRANÇA et al., 2000)

5.2 Avaliação do seguimento clínico de mulheres com HSIL causada pelo HPV, considerando a assiduidade e o número de consultas agendadas após realização de CAF

A maioria das mulheres com HSIL, submetidas à CAF, possuíam entre 30 e 39 anos (46,7%), idade superior à encontrada na população total deste estudo, fato já esperado em decorrência do longo período de evolução da infecção inicial pelo HPV até o aparecimento de lesões invasivas. Porém, segundo Bezerra et al. (2005), esse quadro vem se modificando aos poucos e o aparecimento de lesões precursoras está ocorrendo cada vez mais precocemente, devido à gradativa iniciação antecipada das atividades sexuais associada aos demais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo de útero.

Em relação às variáveis sociodemográficas etnia, estado civil, escolaridade e situação econômicas, os achados foram semelhantes. Houve prevalência da cor branca (65,1%), da união estável (58,6%), do período de cinco a oito anos de estudo (40,2%) e de ausência de renda fixa (40,2%).

A baixa escolaridade e ausência de renda fixa são fatores determinantes na vulnerabilidade social, visto que é nesses grupos que se concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce do câncer de colo de útero e de suas lesões precursoras, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais, como o medo e o preconceito das mulheres e de seus companheiros afetivo-sexuais (INCA, 2002). A maior frequência da cor branca sugere atribuição ao reduzido nível de instrução e à baixa renda, que dificultam o acesso ao atendimento médico-preventivo para o diagnóstico de câncer e lesões cervicais (BERETTA; LOPES, 2011; CALAZAN; LUIZ; FERREIRA, 2008).

O expressivo número de mulheres portadoras de HSIL com união estável sugere persistência na infecção pelo HPV. Para Susser (1973), existe correlação entre a idade e outros fatores sociodemográficos como estado civil e comportamento sexual, já que quanto maior a idade da mulher, maior a chance dela possuir união estável e de ter tido um maior número de parceiros afetivo-sexuais ao longo da vida.

O uso de álcool, drogas e tabaco foi relatado por 32 (18,9%), 23 (13,6%) e 64 (37,9%) mulheres, respectivamente. O tabagismo é um co-fator de risco para o desenvolvimento de lesões intraepiteliais e o câncer de colo de útero. Além da redução das células de defesa do organismo, há evidências de que a exposição direta do DNA das células epiteliais aos agentes carcinogênicos do cigarro provoque danos ao material genético, contribuindo para a oncogênese (PROKOPCZYK et al., 1997; ANJOS et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2012).

O álcool e as drogas ilícitas possuem papel facilitador na transmissão de doenças infecciosas na população sexualmente ativa, prejudicando a adoção de comportamentos seguros (BASTOS; BERTONI; HACKER, 2008) através de sua ação desinibitória, que aumenta a libido, facilita a relação sexual e, ao mesmo tempo, diminui o uso de preservativos (STRUNIN; HINGSON, 1992; SCIVOLETTO et al., 1999).

Quanto à presença de co-infecções, verificou-se que 39 (23,1%) mulheres possuíam sorologia reagente para o HIV, sete (4,2%) para hepatite C, duas (1,2%) para hepatite B e uma (0,6%) para sífilis.

Mulheres com HIV/aids apresentam incidência dez vezes maior de câncer de colo de útero (FIOCRUZ, 2013) em decorrência da imunossupressão induzida pelo HIV que propicia a reativação de infecções prévias por HPV, produz evolução das lesões intraepiteliais cervicais para maior grau de severidade e aumenta a suscetibilidade às doenças oportunistas (RACHID; SCHECHTER, 2005; BESKOW; EMGELMARK; MAGNUSSON, 2005; BRITO; GALVÃO; PEREIRA, 2011).

Quanto aos dados obstétricos, verificou-se que 67 (39,6%) das mulheres com HSIL apresentaram pelo menos três gestações, porcentagem superior à observada na população de mulheres que continham os tipos de lesões de menor severidade, fato relevante já que a multiparidade está ligada ao desenvolvimento de cancêr de colo de útero (CASTELLSAGUÉ et al., 2002; ADAM et al., 2000).

Em um estudo de caso-controle realizado em Recife, as mulheres com quatro ou mais gestações apresentaram risco duas vezes maior para HSIL e carcinoma (MENDONÇA et al., 2010), corroborando com os achados de outros estudos que apontaram o número elevado de gestações como fator de risco para o câncer de colo uterino (BOSCH et al., 2002; ICESCC, 2007).

Em relação ao início da atividade sexual, 92 (54,4%) mulheres tiveram sua primeira relação com 16 anos ou menos, idade considerada precoce já que antes

dos 18 anos a cérvice ainda não está completamente formada e os níveis hormonais estabilizados (BEZERRA et al., 2005).

O início precoce das relações sexuais colabora com a ocorrência de lesões precursoras do câncer de colo de útero, uma vez que contribui para maior exposição ao HPV e, consequentemente, com os danos causados pela infecção (BEZERRA et al., 2005; BERETTA et al., 2011). Alguns estudos confirmam o exposto ao demonstrarem uma importante associação entre a atividade sexual e o aparecimento de lesões cancerígenas (PINTO; TULIO; CRUZ, 2002; INCA, 2002; BEZERRA et al., 2005; CRUZ; DIEGO, 2005; LIMA; PALMEIRA; CIPOLOTTI, 2006; GONÇALVES, 2008).

A quantidade de parcerias sexuais anteriores e atuais também constitui fator importante na infecção pelo HPV e, consequentemente, no risco de desenvolvimento do câncer de colo de útero, já que o maior número de parceiros possibilita maior exposição ao HPV de alto risco oncogênico (MOSCIKI, 2003; MOSCIKI, 2005; ROMBALDI et al., 2006; TELES, 2010). Neste estudo, 113 (66,9%) mulheres com HSIL tiveram de um a cinco parceiros ao longo da vida e 152 (89,9%) menos de três parceiros no ultimo ano, frequência que, apesar de demonstrar um número relativamente baixo de parcerias sexuais, mostra uma multiplicidade de parceiros superior à apresentada pelo grupo que incluía mulheres com lesões de menor severidade.

Quanto à prostituição, sete (4,1%) mulheres referiram ser profissionais do sexo, atividade ligada à aquisição do HPV e ao desenvolvimento do câncer de colo de útero por impor comportamentos que vulnerabilizam as mulheres aos fatores de risco que predispõem à infecção, como o elevado número de relações sexuais por dia, a ausência do uso de preservativos, o uso de álcool e drogas, além do baixo perfil socioeconômico (AQUINO; XIMENES; PINHEIRO, 2010; CHEN et al., 2005).

Sobre a caracterização da parceria sexual, 38 (22,5%) dos parceiros sexuais possuíam passado de IST, 23 (13,6%) eram heterossexuais hiperativos, 59 (34,9%) faziam uso de álcool, 31 (18,3%) uso de drogas, 77 (45,6%) uso de tabaco e 17 (10,1%) eram presidiários.

Os hábitos sexuais e o comportamento de risco da parceria sexual são fatores intimamente relacionados ao desenvolvimento do câncer cervical, uma vez que aumentam a chance de infecção por HPV de alto risco (OLIVEIRA et al., 2012). Em relação à transmissão do HPV na relação sexual, alguns estudos relatam diversas

infecções genitais e até câncer de pênis em parceiros sexuais de mulheres com câncer de colo uterino (MURTA et al., 1999; BEZERRA et al., 2005; ALBRING; BRENTANO; VARGAS, 2006).

A localização geográfica dos serviços de saúde tem fundamental importância, já que sua distância em relação à residência de seus usuários interfere na acessibilidade destes serviços, diminuindo a eficiência da assistência em saúde (UNGLERT; ROSENBURG; JUNQUEIRA, 1987; UNGLERT, 1990; BASSICHETTO; MARTINS, 2012). Sobre a procedência das mulheres estudadas, 86 (50,9%) pertenciam a Ribeirão Preto e 83 (49,1%) a outras cidades. Das que moravam em Ribeirão Preto, 39 (23,1%) pertenciam à zona oeste e 29 (17,2%) à zona norte, regiões concentradoras da população de menor poder aquisitivo. Em relação às zonas leste, sul e região central, onde há maior concentração de rendas elevadas, a frequência de procedência das mulheres foi de 12 (7,1%), três (1,8%) e três (1,8%), respectivamente.

Desde 1978, com a IV Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, destaca-se que a acessibilidade aos serviços de saúde não depende somente de sua disponibilidade, mas também de sua localização geográfica, da adequada oferta de serviços e dos aspectos culturais e socioeconômicos que envolvem a população atendida (OPS, 1978).

Para a efetivação de uma assistência em saúde eficiente, o SUS orienta-se pelo princípio da equidade, que preza pelo reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas (TEIXEIRA, 2011). E para tal superação, é preciso reduzir as disparidades regionais e sociais por meio de políticas em prol da incorporação tecnológica e do investimento estratégico e prioritário no combate de situações agudas e extremas, a fim de garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos (BRASIL, 2000).

Segundo Musgrove (1983), o fator geográfico é fundamental para a garantia da equidade no atendimento em saúde, especialmente no que se refere a áreas rurais ou regiões periféricas de grandes cidades. Tal afirmação reforça-se com os resultados obtidos em um estudo que avaliou o padrão das desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde do Brasil em 1998 e 2003. Os autores constataram que o acesso aos serviços de saúde no país é fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem, que a

renda influencia mais o acesso do que a escolaridade, e que quanto pior o grau de desenvolvimento socioeconômico da região de residência, maior o dano ao acesso (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

Em relação ao acesso aos serviços de saúde que atendem mulheres com HPV, um estudo realizado em Recife, que tinha como objetivo analisar as características da infecção viral e os fatores de risco para HSIL e câncer de colo uterino, apontou em seus achados associação entre residências localizadas na zona rural e alterações citológicas de maior severidade. Segundo os autores, essa associação ocorre em decorrência das piores condições de renda e escolaridade das mulheres provenientes deste local, o que resulta em menor conhecimento sobre o rastreamento cervical e menor acesso ao sistema de saúde e, consequentemente, à colpocitologia (MENDONÇA et al., 2010).

Quanto ao seguimento clínico das mulheres após a realização da CAF, verificou-se que o comparecimento aos retornos agendados diminuiu com o passar do tempo: 108 (63,9%) mulheres compareceram ao retorno após sete dias do procedimento, 116 (68,6%) após seis meses, 72 (42,6%) após nove meses, 74 (43,8%) após 12 meses, 67 (39,6%) após 18 meses e 58 (34,3%) após 24 meses. Houve associação estatisticamente significante entre os retornos agendados sete dias após realização da CAF (p=0,0403) e seis meses após realização da CAF (p=0,0079) e sorologia para o HIV, com maior assiduidade das mulheres soropositivas no primeiro e das soronegativas no segundo.

Segundo Valle et al. (2000), esta falta de adesão ao tratamento é um problema recorrente na prática assistencial à saúde, o que implica não só na falência de medidas profiláticas e curativas, como no desgaste da relação entre equipe de saúde e paciente.

O não cumprimento adequado do seguimento clínico pode estar relacionado ao tratamento medicamentoso, à própria doença, aos serviços de saúde, aos profissionais de saúde, a relação entre profissionais de saúde e paciente, ao paciente, a dados demográficos e a problemas sociais (REINERS et al., 2008).

Sobre a influência do tratamento medicamentoso na adesão ao seguimento clínico, destacam-se como fatores preditores de não aderência os efeitos colaterais, a dificuldade posológica e o esquecimento de administração da medicação. O tempo de tratamento também influencia no seguimento, já que os pacientes se tornam

menos empenhados em seguir o tratamento a partir do momento que percebem ganhos em sua condição clínica (LIGNANI; GRECO; CARNEIRO, 2001).

A própria doença influencia na assiduidade ao seguimento clínico, já que a forma com que o paciente vê o seu estado de saúde e compreende sua enfermidade está intimamente ligada ao seu empenho em aderir ou não ao tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Características como a ausência de sinais e sintomas clínicos (TEIXEIRA; PAIVA; SHIMMA, 2000; GONÇALVES et al., 1999) e a falta de percepção de gravidade da patologia são citadas como fatores para a não-adesão.

A localização e a organização dos serviços de saúde também são determinantes da boa adesão ao seguimento clínico. Unidades distantes do domicílio dificultam o acesso, principalmente dos clientes desfavorecidos socioeconomicamente e condições burocráticas de atendimento prolongam o tempo de espera do paciente, comprometendo o comportamento de adesão. Além disso, vale ressaltar que há deficiência nas visitas domiciliares e na busca ativa dos casos, resultado do despreparo na mobilização de esforços para encontrar os pacientes de difícil adesão, ou seja, os faltosos e os com exames de rastreamento atrasados ou alterados (REINERS et al., 2008).

A capacitação dos profissionais de saúde, bem como sua relação com os pacientes têm influência direta no abandono do tratamento. A falha do profissional nas recomendações para o sucesso do seguimento clínico pode estar relacionado à falta de capacitação técnica para a propedêutica adequada ao diagnóstico, à falta de treinamento da equipe e à grande rotatividade de profissionais da saúde, em decorrência da baixa remuneração (GOULART et al., 2002).

A habilidade nas informações prestadas pelos profissionais da saúde aos pacientes, em relação ao comportamento desejado para o melhor aproveitamento do tratamento, é requisito essencial para maiores níveis de adesão ao tratamento (MORAES; ROLIM; COSTA, 2009). Portanto, tais profissionais devem ser incentivados a adotar estratégias de comunicação e recursos didáticos que auxiliem os pacientes e acompanhantes a compreenderem e a aderirem às recomendações terapêuticas (SILVA, 2005; MORAES; ROLIM; COSTA, 2009).

Até mesmo o paciente pode contribuir para sua não adesão ao tratamento por meio da negação de sua realidade limitante, da revolta contra a doença ou, ainda, em decorrência de sintomas depressivos, como o desânimo, a falta de esperança e o desejo de morrer. Além disso, a dificuldade de adesão pode estar relacionada à

necessidade inconsciente de manter-se doente, ligada aos ganhos associados a esta condição (BENEDETTI; LOPES, 2004).

Quanto à influência dos dados sociodemográficos, sabe-se que quanto menor o nível de escolaridade, maior a probabilidade de abandono do seguimento clínico (MARTINS; CESARINO, 2005; FERREIRA; SILVA; BOTELHO, 2004; BERGEL; GOUVEIA, 2005), visto que a complexidade da terapêutica exige dos doentes habilidades cognitivas, muitas vezes, não alcançadas por ele (MALDANER et al., 2008).

Os problemas sociais relacionados ao prejuízo do seguimento clínico englobam á falta de apoio da sociedade e da família. Segundo Assunção, Seabro e Figueiredo (2009), a família fornece apoio, estimula a aceitação do paciente e compartilha sofrimentos e medos, auxiliando a adesão ao tratamento. No estudo realizado pelos mesmos autores, observou-se falta de apoio dos familiares aos pacientes, com consequente diminuição do seguimento clínico ambulatorial e aumento do número de internações, fato ocorrido por preferência dos pacientes, que relataram ter recebido dentro do hospital o apoio necessário e afirmaram ter sido essencial o fato de estarem internados para que conseguissem efetuar o tratamento.

Conclusão

6 CONCLUSÃO

Em relação às características sociodemográficas, verificou-se que as mulheres com infecção pelo HPV eram jovens, em idade reprodutiva, de etnia branca, viviam em união estável, com baixa escolaridade e sem renda fixa por desenvolverem atividades do lar.

Foi demonstrado neste estudo inversão da prevalência dos tipos de lesões em decorrência da idade. Nas mulheres com até 39 anos, a lesão condilomatosa teve maior frequência, seguida pela HSIL e LSIL. Já nas mulheres com 40 anos ou mais, a HSIL ocupou primeiro lugar, seguida pela lesão condilomatosa e LSIL, o que se justifica pela persistência e progressividade das lesões nas mulheres de maior idade quando comparadas com as mais jovens.

Quanto à etnia, observou-se probabilidade 1,990 vezes maior das mulheres não brancas serem positivas para o HIV quando comparadas as brancas, fato atribuído às desigualdades socioeconômicas sofridas por este grupo, já que elas influenciam diretamente o acesso aos serviços de saúde.

Pode-se concluir que a educação e a renda são fatores que influenciam o acesso à saúde preventiva e a adesão ao tratamento, o que justifica os piores achados clínicos nos grupos de pessoas sociodemograficamente desfavorecidas. Sobre a escolaridade, Identificou-se que quanto menor o número de anos estudados maior o grau da lesão causada pelo HPV e a chance de ser HIV positivo, indicando probabilidade 4,384 vezes maior de possuir o vírus para mulheres que estudaram de 0 a 4 anos e 2,530 para mulheres que estudaram de 5 a 8 anos. Já em relação à renda, observou-se sua associação com o tipo de lesão apresentada, sendo as mulheres sem renda fixa as mais prevalentes em todos os tipos de manifestação da infecção.

Contrariamente à hipótese inicial desta pesquisa, houve maior frequência de mulheres com união estável em todas as formas de apresentação da infecção pelo HPV, sugerindo confiança demasiada no parceiro afetivo-sexual e consequente não uso de métodos de proteção.

Além disso, observou-se probabilidade 4,223 vezes maior de mulheres viúvas possuírem o HIV quando comparadas às de outro relação conjugal, fato esperado já que, provavelmente, muitas delas possuem esse estado civil em decorrência da morte de seus maridos por causa da aids.

O uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas mostrou-se associado a comportamentos de risco para a aquisição de IST, já que mulheres que consumiam álcool apresentaram probabilidade 2,120 maior de serem soropositivas para o HIV, as que usavam tabaco 2,389 maior e as que faziam uso de droga ilícita 2,936 maior.

Quanto à co-infecção, sabe-se que os agentes etiológicos do HPV, da hepatite e do HIV compartilham dos mecanismos de transmissão, o que explica a alta frequência das três infecções ao mesmo tempo. As mulheres com hepatite C apresentaram probabilidade 10,529 maior de serem HIV positivas do que as que não possuíam a infecção.

Sobre o comportamento sexual, a maioria das mulheres iniciou vida sexual com 16 anos ou menos, teve de 1 a 5 parceiros sexuais no decorrer de sua vida e menos de 3 no último ano, não se prostituía e era heterossexual. Constatou-se neste estudo que, as mulheres que tiveram de 5 a 10 parceiros ao longo da vida apresentaram probabilidade 1,985 maior de possuírem HIV quando comparadas ás que tiveram de 1 a 5 parceiros e as que tiveram mais de 10 parceiros apresentaram probabilidade 3,487 maior de possuírem a infecção quando comparadas ao mesmo grupo. Quanto a prostituição, verificou-se probabilidade 3,699 maior de possuir HIV nas mulheres que se prostituíam.

Dentre as características da parceria sexual, a maior parte não apresentava passado de IST, não era heterossexual hiperativo, não havia sido presa e não fazia uso de álcool, drogas e tabaco.

Em relação ao seguimento clínico de mulheres com HSIL que foram submetidas à CAF, o comparecimento aos retornos pré-estabelecidos diminuiu com o passar do tempo, evidenciando prejuízo na adesão ao tratamento, problema corriqueiro na assistência à saúde. Entretanto, vale ressaltar que, apesar de não terem comparecido aos retornos pré-estabelecidos, uma expressiva porcentagem das mulheres estiveram presentes no serviço de saúde em outras datas.

Ainda que os dados obtidos neste estudo tenham sido satisfatórios, já que foi possível traçar um perfil das mulheres que possuíam HPV, bem como do seguimento clínico das que possuíam HSIL e foram submetidas à CAF, observamos como limitação deste trabalho a população estudada, uma vez que este estudo foi realizado em um serviço público de nível terciário e referência no atendimento à paciente com doenças infectocontagiosas, o que limita nossa capacidade de generalizar.

Além disso, o percentual de ausência de informações em algumas variáveis foi alto, outro fator limitador. O maior número e precisão de informações poderia aumentar a capacidade de análise dos dados.

Referências

7 REFERÊNCIAS

ADAM, E.; BERKOVA, Z.; DAXNEROVA, Z.; ICENOGLE, J.; REEVES, W.C.; KAUFMAN, R.H. Papillomavirus detection: demographic and behavioral characteristics influencing the identification of cervical disease. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 182, n. 2, p. 257-264, 2000.

AHDIEH, L.; KLEIN, R.S.; BURK, R.; CU-UVIN, S.; SCHUMAN, P.; DUERR, A.; et al. Prevalence, incidence, and type-specific persistence of human papillomavirus in human immunodeficiency virus (HIV)-positive and HIV-negative women. **Journal of Infectious Diseases**, v. 184, n. 6, p. 682-690, 2001.

AHMED, A.M.; MADKAN, V.; TYRING, S.K. Human papillomaviruses and genital disease. **Clinics in Dermatology**, v. 24, n. 2, p. 157-165, 2006.

ALAM, S.; CONWAY, M.J.; CHEN, H.S.; MEYERS, C. The cigarette smoke carcinogen benzo[a]pyrene enhances human papillomavirus synthesis. **Journal of Virology**, v. 82, n. 2, p. 1053-1058, 2008.

ALBRING, L.; BRENTANO, J.E.; VARGAS, V.R.A. O câncer do colo do útero, o Papilomavírus Humano (HPV) e seus fatores de risco e as mulheres indígenas Guarani: estudo de revisão. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 38, n. 2, p. 87-90, 2006.

ALBUQUERQUE, V.S.; MOCO, E.T.M.; BATISTA, C.S. Mulheres Negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, v. 19, suplemento 2, p. 63-74, 2010.

ANJOS, S.J.S.B.; VASCONCELOS, C.T.M.; FRANCO, E.S.; ALMEIDA, P.C.; PINHEIRO, A.K.B. Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, v. 44, n. 4, p. 912-920, 2010.

AMORIM, V.M.S.L.; BARROS, M.B.A.; CÉSAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2329-2338, 2006.

AQUINO, P.S.; XIMENES, L.B.; PINHEIRO, A.K.B. Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 1, p. 10-22, 2010.

ASSUNCAO, C.G.; SEABRA, J.D.R.; FIGUEIREDO, R.M. Percepção do paciente com tuberculose sobre a internação em hospital especializado. **Ciência e enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 69-77, Concepción, ago., 2009.

AUSTYN, J.M. Dendritic cells. **Current Opinion in Hematology**, v.5, p. 3-15, 1998.

AUTIER, P.; COIBION, M.; HUET, F.; GRIVEGNEE, A.R. Transformation zone location and intraepithelial neoplasia of the cervix uteri. **British Journal of Cancer**, v. 74, n. 3, p. 488–490, 1996.

BASEMAN J.G.; KOUTSKY L.A. The epidemiology of human papillomavirus infections. **Journal of Clinical Virology**, v. 32, supplement 1, p. 16-24, 2005.

BASSICHETTO, K.C.; MARTINS, M.C.H. Estudo exploratório sobre a distribuição de usuários da rede municipal especializada em DST/ aids em relação à distância de suas residências aos serviços. Município de São Paulo, 2009. **Revista do Departamento de Geografia – USP**, v. 24, p. 108-123, 2012.

BASTOS, F.; BERTONI, N.; HACKER, M.A.H. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, suplemento 1, p. 109-117, 2008.

BENEDETTI, C.; LOPES, S.R.A. **A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2ª Edição, 244 p., 2004.

BERGEL, F.S.; GOUVEIA, N. Retornos freqüentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 898-905, 2005.

BERETTA, D.; LOPES, R.G.C. Lesões precursoras do câncer do colo do útero: perfil epidemiológico das usuárias do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, Brasil. **Saúde Coletiva**, v. 53, n. 8, p. 201-205, 2011.

BERNARD, H.U. The clinical importance of the nomenclature, evolution and taxonomy of human papillomaviruses. **Journal of Clinical Virology**, supplement 32, p. 1-6, 2005.

BERNARD, H.V.; BURK, A.D; CHEN, Z.; VAN DOORSLAER, K.; ZUR HAUSEN, H.; VILLIERS, E.M. Classification of Papilomavirus (PVs) based on 189 types and proposal of taxonomic amendments. **Virology**, v. 401, n. 1, p. 70-79, 2010.

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

BEZERRA, S.J.S.; GONÇALVES, P.C.; FRANCO, E.S.; PINHEIRO, A.K.B. Perfil de Mulheres Portadoras de Lesões Cervicais por HPV Quanto aos Fatores de Risco para Câncer de Colo Uterino. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 17, n. 2, p. 143-148, 2005.

BOSCH, F.X.; LORINCZ, A.; MUÑOZ, N.; MEIJER, C.J.; SHAH, K.V. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. **Journal of Clinical Pathology**, v. 55, n. 4, p. 244-265, 2002.

BOSCH, F.X.; QIAO, Y.L.; CASTELLSAGUÉ, X. The epidemiology of human papillomavirus infection and its association with cervical cancer. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 94, supplement 1, p. 8-21, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Especialistas alertam sobre o HPV**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22444>. Acesso em 01 jun. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST.** 4ª edição. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do câncer de colo de útero**. Manual Técnico. Profissionais da saúde. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: MS, 41 p., 2000.

BRITO, D.M.S.; GALVÃO, M.T.G. Fatores de risco para câncer de colo uterino em mulheres com HIV. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.** Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 191-199, 2010.

BRITO, D.M.S.; GALVÃO, M.T.G.; PEREIRA, M.L.D. Marcadores de vulnerabilidade ao câncer de colo do útero em mulheres infectadas pelo HIV. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 500-507, maio-jun., 2011.

BURCHELL, N.A; WINER, R.L.; SANJOS, S.; FRANCO, E.L. Chapter 6: Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. **Vaccine,** v. 24, supplement 3, p. 52-61, ago, 2006.

BURK, R.D.; KELLY, P.; FELDMAN, J.; BROMBERG, J.; VERMUND, S.H.; DEHOVITZ, J.A., et al. Declining prevalence of cervicovaginal human papillomavirus infection with age is independent of other risk factors. **Journal of Sexually Transmitted Diseases**, v. 23, n. 4, p. 333-341, 1996.

CALAZAN, C.; LUIZ, R.R.; FERREIRA, I. O diagnóstico do câncer do colo uterino invasor em um centro de referência brasileiro: tendência temporal e potenciais fatores relacionados. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 4, p. 325-331, 2008.

CARDOSO, L.R.D.; MALBERGIER, A.; FIGUEIREDO, T.F.B. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, suplemento 1, p. 70-75, 2008

CARVALHO, M.C.M.P.; QUEIROZ, A.B.A. Mulheres Portadoras de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero e HPV: Descrição do Perfil Socioeconômico e Demográfico. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 23, n. 1, p. 28-33, 2011.

CASTELLSAGUÉ, X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. **Gynecologic Oncology**, v. 110, supplement 2, p. 4-7, 2008.

CASTELLSAGUÉ, X.; BOSCH, F.X.; MUNOZ, N. Environmental co-factors in HPV carcinogenesis. **Virus Research**, v. 89, n. 2, p. 191-199, 2002.

CDC, CENTER FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. **MMWR Recommendations and Reports**, Atlanta, v. 41, n. 17, p. 1-19, dez. 1992.

CERQUEIRA, M.B.; PUPO, L.R. Condições e modos de vida em duas favelas da baixada santista e suas interfaces com os acessos aos serviços de saúde. **Revista Baiana de Saúde pública**, v. 33, n. 2, p. 68-84, 2009.

CHEN, X.; YIN, Y.P,; LIANG, G.J.; GONG, X.D.; LIS, H.S.; POUMEROL, G.; et al. Sexually Transmitted Infections Among Female Sex Workers in Yunnan, China. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 19, n. 12, p. 853-860, 2005.

COLLINS, S.I.; MAZLOOMZADEH, S.; WINTER, H.; ROLLASON, T.P.; BLOMFIELD, P.; YOUNG, L.S.; et al. Proximity of first intercourse to menarche and the risk of human papillomavirus infection: a longitudinal study. **International Journal of Cancer**, v. 114, n. 3, p. 498-500, 2005.

CORDEIRO, M.R.A.; COSTA, H.L.F.F.; ANDRADE, R.P.; BRANDÃO, V.R.A.; SANTANA, R. Inspeção visual do colo uterino após aplicação de ácido acético no rastreamento das neoplasias intra-epiteliais e lesões induzidas por HPV. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 2, p. 51-57, 2005.

COSTA, L.A.; GOLDENBERG, P. Papilomavírus humano (HPV) entre jovens: um sinal de alerta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, 2013.

COSTA, J.S.D.; OLINTO, M.T.A.; GIGANTE, D.P.; MENEZES, A.M.B.; MACEDO, S.; BORBA, A.T.; et al. Cobertura do exame citológico na Cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 191-197, 2003.

CROSBY, R.A.; DICLEMENTER, R.J.; WINGOOD, G.M.; SALAZAR, L.F.; HEAD, S.; ROSE, E.; MCDERMOTT-SALLES, J. Sexual agency versus relational factors: a study of condom use antecedents among high-risk young African American Women. **Sexual Health**, v. 5, n. 1, p. 41-47, 2008.

CRUZ, G.L.; DIEGO, O.J.B. Infección por elvirusdel papiloma humano y factores relacionados com laactividad sexual em la génesis delcáncer de cuello uterino. **Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología**, v. 31, n. 1, p. 1-8, 2005.

CRUZEIRO, A.L.S.; SOUZA, L.D.M.; SILVA, R.A.; PINHEIRO, R.T.; ROCHA, C.L.A.; HORTA, B.L. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, suplemento 1, p. 1149-1158, 2010.

DE PALO, G.; STEFANON, B.; OTTI, S. Infecção pelo Papiloma Virus. In: QUEIROZ, A.M.A.; CANO, M.A.T.; ZAIA, J.E. O papiloma vírus humano (HPV) em mulheres atendidas pelo SUS, na cidade de Patos de Minas – MG. **Revista Brasileira de Análises Clínicas,** v. 39, n. 2, p. 151-157, 2007.

DE SANJOSÉ, S.; DIAZ, M.; CASTELLSAGUÉ, X.; CLIFFORD, G.; BRUNI, L.; MUÑOZ, N.; BOSCH, F.X. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. **The Lancet Infectious Diseases**, v.7, n. 7, p. 453-459, 2007.

DE SANJOSÉ, S.; PALEFSKY, J. Cervical and anal HPV infections in HIV positive women and men. **Virus Research**, v. 89, n. 2, p. 201-211, 2002.

DERCHAIN, S.F.M.; LONGATTO, F.A.; SYRJANEN, K.J. Neoplasia intra-epitelial cervical: diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** v. 27, n. 7, p. 425-433, 2005.

DUARTE, D.V.; BRITO, E.B.; CANTO, A.S.S.; ISHIKAWA, E.A.Y.; PINHEIRO, J.G.; COSTA, J.H.G.; SOUSA, A.S. Frequência e genotipagem do Papilomavírus humano em mulheres de comunidades ribeirinhas do Município de Abaetetuba, Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 1, n. 3, p.75-82, 2010.

EDUARDO, K.G.T.; MOURA, E.R.F.; NOGUEIRA, P.S.F.; COSTA, C.B.J.S.; PINHEIRO, A.K.B.; SILVA, R.M. Conhecimento e mudanças de comportamento de mulheres junto a fatores de risco para câncer de colo uterino. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 5, p. 1045-1055, 2012.

ELUF-NETO J.; NASCIMENTO C.M. Cervical cancer in Latin America. **Seminars in Oncology**, v. 28, n. 2, p. 188-197, 2001.

ERNSTER, V.; KAUFMAN, N.; NICHTER, M.; SAMET, J.; YOON, S.Y. Women and tobacco: moving from policy to action. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 78, n. 7, p. 891-901, 2000.

FEBRASGO (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia). **Papilomavírus humano: diagnóstico e tratamento**. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 11 set. de 2002.

FEDRIZZI, E. N.; SCHLUP, C. G.; MENEZES, M. E.; CAMPOS, M. O. Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) em mulheres de Florianópolis, Santa Catarina – **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 20, n. 2, p. 73-79, 2008.

FELIX, G.; CEOLIM, M.F. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 4, p. 884-891, 2012

FEHRMANN, F.; LAIMINS, L.A. Human papillomaviruses: targeting differentiating epithelial cells for malignant transformation. **Oncogene**. v. 22, n. 33, p. 5201-5207, 2003.

FERNANDES, J.V.; RODRIGUES S.H.L.; COSTA Y.G.A.; SILVA L.C.M.; BRITO A.M.L.; AZEVEDO J.W.V.; et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 851-858, out, 2009.

FERRERA, A.; VELEMA, J.P.; FIGUEROA, M.; BULNES, R.; TORO, L.A.; CLAROS, J.M.; et al. Co-factors related to the causal relationship between human papillomavirus and invasive cervical cancer in Honduras. **International Journal of Epidemiology**, v. 29, n. 5, p. 817-825, out. 2000.

FERREIRA, S.M.B.; SILVA, A.M.C.; BOTELHO, C. Tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil (1998-2000): distribuição espacial. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 3, p. 175-184, 2004.

FIFE, K.H.; WU, J.W.; SQUIRES, K.E.; WATTS, D.H.; ANDERSEN, J.W.; BROWN, D.R. Prevalence and Persistence of Cervical Human Papillomavirus Infection in HIV-positive Women Initiating Higly-active Antiretroviral Therapy. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 51, n. 3, p. 274-282, 2009.

FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). **Incidência de câncer de colo de útero em mulheres vivendo com HIV é tema de conferência.** Rio de Janeiro, 30 abr. 2010. Disponível em:<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=3311&sid=9>. Acesso em: 20 mai. 2013.

FRANÇA, A.C.N.; FRANCO, D.S.; SILVA, M.A.C.; SOUZA, R.F.; LOPES, C.M. Conhecimento dos presidiários sobre as DST/HIV e aids e medidas de prevenção num sistema penitenciário. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 12, n. 2, p.13-18, 2000.

FRANCO, E.S. **Cervicografia digital na prevenção do câncer colo uterino**. In: Semana Brasileira de Enfermagem – Conselho Federal de Enfermagem e Conselho Regional de Enfermagem do Ceará. Fortaleza, 2003.

FRANCO, E.L.; DUARTE-FRANCO, E.; FERENCZY, A. Prospects for controlling cervical cancer at the turn of the century. **Salud Publica de México**, v. 45, supplement 3, p.67-75, 2003.

FREITAS F.C. **Rotinas em ginecologia**. Lesões de baixo e alto grau no colo uterino. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.

GAMBERINI, K.S.T.; LAGANA, M.T.C.; TORIYAMA, A.T.M. Relação entre raça/cor e a freqüência de lesões intra-epiteliais de alto grau (NIC II e NIC III). **Saúde Coletiva**, v. 5, n. 20, p.51-56, 2008.

GIACCIO, C.M.R.S.; CALORE, E.E.; VILELLA, W.V.; CASTRO, B.P.G.N.; FERNANDES, L.S.; TIRLONI, V.K. Evolução das lesões intraepiteliais de colo uterino de baixo grau em uma coorte de pacientes acompanhadas por 18 meses. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 15, n. 4, p. 170-173, 2010.

GONÇALVES, M.C. **Fatores de risco Fatores associados ao câncer do colo uterino na Ilha de Santa Luzia, Sergipe, Brasil**. (Dissertação de Mestrado) Universidade Tiradentes, Aracaju – SE, 2008.

GONÇALVES, H.; COSTA, J.S.D.; MENEZES, A.M.B.; KNAUTH, D.; LEAL, O.F. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 777-787, 1999.

GOULART, I.M.B.; ARBEX, G.L.; CARNEIRO, M.H.; RODRIGUES, M.S.; GADIA, R. Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 35, n. 5, p. 453-460, set-out, 2002.

GUEDES, T.G.; MOURA, E.R.F.; PAULA, A.N.; OLIVEIRA, N.C.; VIEIRA, R.P.R. Mulheres monogâmicas e suas percepções quanto á vulnerabilidade à DST/aids/ HIV. **Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 21, n. 3, p. 118-123, 2009.

HAVERKOS, H.; ROHRER, M.; PICKWORTH, W. The cause of invasive cervical cancer could be multifactorial. **Biomedicine & Pharmacotherapy**, v. 54, n. 1, p. 54-59, 2000.

HIPPELAINEN, M.; SYRJANEN, S.; KOSKELA, H.; PULKKINEN, J.; SAARIKOSKI, S.; et al. Prevalence and risk factors of genital human papillomavirus (HPV) infections in healthy males: a study on Finnish conscripts. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 20, n.6, p. 321-328, 1993.

HO, G.Y.; BIERMAN, R.; BEARDSLEY, L.; CHANG, C.J.; BURK, R.D. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. **New England Journal of Medicine,** v. 338, n. 7, p. 423-428, 1998.

HOSMER, D.W.; LEMESHOE, S. **Applied Logistic Regression.** New York, John Wiley & Sons, 1989.

HUGO, T.D.O.; MAIER, V.T.; JANSEN, K.; RODRIGUES, C.E.G.; CRUZEIRO, A.L.S.; ORES, L.C.; PINHEIRO, R.T.; et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2207-2214, 2011.

ICESCC (International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer). Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: collaborative reanalysis of individual data on 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies. **International Journal of Cancer**, v. 120, n. 4, p. 885-891, 2007.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). **Ações para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3ª ed., Rio de Janeiro, 2008.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, 2011a.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011b.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero.** Versão revista e ampliada do Programa Viva Mulher, desmembrado em Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (INCA, 2010), elaborado pela Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de janeiro, abril, 2011c.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). Neoplasia Intra-epitelial Cervical – NIC. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 46, n. 4, p. 355-357, 2000.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, 59 p., 2002.

INCTHPV (Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia das Doenças do Papilomavírus humano). **Guia do HPV: entenda de vez os Papilomavirus, as doenças que causam e o que já é possível fazer para evitá-los**. Julho, 2012.

JALIL, E.M.; DUARTE, G.; MELLI, P.P.S.; QUINTANA, S.M. Infecção pelo papilomavírus humano durante a gravidez: o que há de novo? **Feminina**, v. 37, n. 3, p. 131-135, março, 2009.

JAMIESON, D.J.; DUERR, A.; BURK, R.; KLEIN, R.S.; PARAMSOTHY, P.; SCHUMAN, P.; et al. Characterization of genital human papillomavirus infection in women who have or who are at risk of having HIV infection. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 186, n. 1, p. 21-27, 2002.

JONES, C.S.; SCHIFFMAN, M.K.; KURMAN, R.; JACOB, P.; BENOWITZ, N.L. Elevated nicotine levels in cervical lavages from passive smokers. **American Journal of Public Health**, v. 81, n. 3, p. 378-379, 1991.

KHAN, M.J.; PARTRIDGE, E.E.; WANG, S.S.; SCHIFFMAN, M. Socioeconomic status and the risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 3 among oncogenic Human papillomavirus DNA-positive women with equivocal or mildly abnormal cytology. **Cancer**, v. 104, n. 1, p. 61-70, 2005.

KAHN, J.A.; ROSENTHAL, S.L.; SUCCOP, P.A.; HO, G.Y.; BURK, R.D. Mediators of the association between age of first sexual intercourse and subsequent human papillomavirus infection. **Journal of Pediatrics,** v. 109, n. 1, 2002.

KJAER, S.K.; SVARE, E.I.; WORM, A.M.; WALBOOMERS, J.M.; MEIJER, C.J.; VAN DEN BRULE, A.J. Human papillomavirus infection in Danish female sex workers: decreasing prevalence with age despite continuously high sexual activity. **Journal of Sexually Transmitted Diseases**, v. 27, n. 8, p. 438-445, 2000.

KORNYA, L.; CSEH, I.; DEAK, J.; BAK, M.; FULOP, V. The diagnostics and prevalence of genital Human papillomavirus (HPV) infection in Hungary. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 100, n. 2, p. 231-236, 2002.

KJELLBERG, L.; HALLMANS, G.; AHREN, A.M.; JOHANSSON, R.; BERGMAN, F.; WADELL, G.; ANGSTROM, T.; DILLNER, J. Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use as risk factors for cervical intra-epithelial neoplasia in relation to human papillomavirus infection. **British Journal of Cancer**, v. 82, n. 7, p. 1332-1338, 2000.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LIGNANI, L.J.; GRECO, D.B.; CARNEIRO, M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 495-501, 2001.

LIMA, C.A.; PALMEIRA, J.A.V.; CIPOLOTTI, R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Própria, Sergipe, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2151-2156, 2006.

LOPES, F. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2003.

LOPES, F.; BUCHALLA, C.M.; AYRES, J.R.C.M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública,** v. 41, suplemento 2, p. 39-46, 2007.

LYONS, F.; PRENDIVILLE, W.; MULCAHY, F. Cervical disease. In: HIV-1-positive women: a review. **International Journal of STD & AIDS**, v. 15, n. 2, p. 89-93, 2004.

MALDANER, C.R.; BEUTER, M.; BRONDANI, C.M.; BUDÓ, M.L.D.; PAULETTO, M.R. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 4, p. 647-653, Porto Alegre, dez., 2008.

MANGAN, S.A.; LEGANO, L.A.; ROSEN, C.M.; MCHUGH, M.T.; FIERMAN, A.H.; et al. Increased prevalence of abnormal Papanicolaou smears in urban adolescents. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, v. 151, n.5, p. 481-484, 1997.

MARTINS, M.R.I.; CESARINO, C.B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 13, v. 5, p. 670-676, 2005.

MASSAD, L.S.; BEHBAKHT, K.; COLLINS, Y.C.; CEJTIN, H.E. Histologic findings from the cervix among older women with abnormal cervical cytology. **Gynecologic Oncology**, v. 88, n. 3, p. 340-344, 2003.

MASSAD, L.S.; FAZZARI, M.J.; ANASTOS, K.; KLEIN, R.S.; MINKOFF, H.; JAMIESON, D.J.; et al. Outcomes after treatment of cervical intraepithelial neoplasia among women with human immunodeficiency virus. **Journal of Lower Genital Tract Disease**, v. 11, n. 2, p. 90-97, 2007.

MASSAD, L.S.; SEABERG, E.C.; WATTS, D.H.; MINKOFF, H.; LEVINE, A.M.; HENRY, D.; et al. Long-term incidence of cervical cancer in women with human immunodeficiency virus. **Cancer**, v. 115, n. 3, p. 524-530, 2009.

MCGLENNEN, R.C. Human papillomavirus oncogenesis. **Clinical Laboratory Medicine**, v. 20, n. 2, p. 383-406, 2000.

MELO, S.C.C.S. ; PRATES, L.C. ; CARVALHO, M.D.B ; MARCON, S.S; PELLOSO, S.M. Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 602-608, 2009.

MELNIKOW, J.; NUOVO, J.; WILLAN, A.R.; CHAN, B.K.; HOWELL, L.P. Natural history of cervical squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. **Obstetrics & Gynecology**, v. 92, n. 4, p. 727-735, 1998.

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

MENDONÇA, V.G.; GUIMARÃES, M.J.B.; LIMA, F.J.L.; MENDONÇA, C.G.; MARTINS, D.B.G.; CROVELLA, S.; ALENCAR, L.C.A. Infecção cervical por papilomavírus humano: genotipagem viral e fatores de risco para lesão intraepitelial de alto grau e câncer de colo do útero. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**., v. 32, n. 10, p. 476-485, 2010.

MOLLER, F.R.; SILVA, J.C.; SÁ, A.C. Prevenção do HPV: uma proposta de educação em saúde. **Cadernos Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 59-66, abr/jun 2003.

MORAES, A.B.A.; ROLIM, G.S.; COSTA, A.L.J. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 11, n. 2, p. 329-345, Campinas, 2009

MOSCICKI, A.; ELLENBERG, J.H.; VERMUND, S.H.; HOLLAND, C.A.; DARRAGH, T.; CROWLEY-NOWICK, P.A.; et al. Prevalence of and risks for cervical human papillomavirus infection and squamous intraepithelial lesions in adolescent girls. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 154, n. 2, p. 127-134, 2000.

MOSCICKI, A.; HILLS, N.; SHIBOSKI, S.; et al. Risks for Incident Human Papillomavirus Infection and Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion Development in Young Females. **Journal of the American Medical Association**, v. 285, n. 23, p. 2995-3002, 2001.

MOSCIKI, A.B. Cervical Cytology Screening in Teens. **Current Women's Health Reports**, v. 3, n. 6, p. 433-437, 2003.

MOSCIKI, A.B. Impact of HPV infection in adolescent populations. **Journal of Adolescent Health**, v. 37, supplement 6, p. 3-9, 2005.

MOSCICKI, A.B.; ELLENBERG, J.H.; FARHAT, S.; XU, J. Persistence of human papillomavirus infection in HIV-infected and uninfected adolescent girls: risk factors and differences by phylogenetic type. **Journal of Infectious Diseases**, v. 190, n. 1, p. 37-45, 2004.

MUNOZ, N.; FRANCESCHI, S.; BOSETTI, C.; MORENO, V.; HERRERO, R.; SMITH, J.S.; et al. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case–control study. **Lancet**, v. 359, n. 9312, p. 1093–1101, 2002.

MURTA, E. F. C.; FRANCA, H. G.; CARNEIRO, M. C.; CAETANO, M. S. S. G.; ADAD S. J.; SOUZA, M. A. H. Câncer do Colo Uterino: Correlação com o Início da atividade Sexual e Paridade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 21, n. 9, p. 555-559, 1999.

MUSGROVE, P. La equidaddel sistema de servicios de salud. Conceptos, indicadores e interpretacion. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 95, n. 6, p. 525-546, 1983.

NASIELL, K.; ROGER, V.; NASIELL, M. Behavior of mild cervical dysplasia during a long-term follow-up. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 67, n. 5, p. 665-669, 1986.

NONNENMACHER, B.; BREITENBACH,V.; VILLA, L.L.; PROLLA, J.C.; BOZZETTI, M.C. Identificação do papilomavírus humano por biologia molecular em mulheres assintomáticas.**Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 95-100, 2002.

NUPAIDS (Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em AIDS). **Dados estatísticos do estudo na FEBEM Feminina e Masculina**. São Paulo, 1992.

OLIVEIRA, M.P.; PASSOS, D.A.C.; PEREIRA, C.M.; ALVES, V.F. A associação entre o vírus HPV e o desenvolvimento do carcinoma de colo uterino. **Revista de Biotecnologia & Ciência**, v. 2, n. 1, p. 83-92, 2012.

OPS (Organizacion Panamericana de La Salud). Reunion especial de ministros de salud de las Americas. **Educación Médica y Salud**, v. 11, n. 3, p. 317-322, 1977.

ORIEL, J.D. The natural history of genital warts. **British Journal of Venereal Disease**, v. 47, n. 1, p. 1-13, 1971.

OZAWA, C.; MARCOPITO, L.F. Teste de Papanicolaou: cobertura em dois inquéritos domiciliários realizados no município de São Paulo em 1987 e em 2001-2002. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 5, p. 238-245, 2011.

PAIVA, V.; CALAZANS, G.; VENTURI, G.; DIAS, R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, suplemento 1, p. 45-53, 2008.

PALEFSKY, J.M.; MINKOFF, H.; KALISH, L.A.; LEVINE, A.; SACKS, H.S.; GARCIA, P.; et al. Cervicovaginal human papillomavirus infection in human immunodeficiency virus-1 (HIV)-positive and high-risk HIV-negative women. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 91, n. 3, p. 226-236, 1999.

PALEFSKY, J.M. Biology of HPV in HIV infection. **Advances in Dental Research**, v. 19, n. 1, p. 99-105, 2006.

PASSOS, A.D.C.; FIGUEIREDO, J.F.C. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.16, n.2, p. 95-101, 2004.

PAULILO, M.I.S. Trabalho familiar: uma categoria esquecida de análise. **Revista Estudos Feminista**, v. 12, n. 1, p. 229-252, 2004.

PESSINI, S.A.; SILVEIRA, G.P.G. **Câncer genital feminino**. In: DUNCAN, B.B.; SCHIMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; p. 470-480, 2006.

PINTO, A.P.; TÚLIO, S.; CRUZ, O.R. Co-fatores do HPV na oncogênese cervical. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, n. 1, p. 73-78, 2002.

POPPE, W.A.; IDE, P.S.; DRIJKONINGEN, M.P.; LAUWERYNS, J.M.; VAN ASSCHE, F.A. Tobacco smoking impairs the local immunosurveillance in the uterine cervix. An immunohistochemical study. **Gynecologic and Obstetric Investigation**, v. 39, n. 1, p. 34-38, 1995.

PROKOPCZYK, B.; COX, J. E.; HOFFMANN, D.; WAGGONER, E. Identification of tobacco-specific carcinogen in the cervical mucus of smokers and nonsmokers. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 89, n. 12, p. 868-873, 1997.

PUENTES, M.C. Women and access to health care. **Social science**, v. 35, n. 4, p. 619-626, 1992.

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

RAMA, C.H.; ROTELI-MARTINS, C.M.; DERCHAIN, S.F.M.; LONGATTO-FILHO, A.; GONTIJO, R.C.; SARIAN, L.O.Z.; SYRJANEN, K.; ALDRIGHI, J.M. Prevalência do HPV em mulheres rastreadas para o câncer cervical. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 123-130, 2008.

REINERS, A.A.O.; AZEVEDO, R.C.S.; VIEIRA, M.A.; ARRUDA, A.L.G. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, suplemento 2, p. 2299-2306, 2008.

RIBEIRO, M.C.S.A.; BARATA, R.B.; ALMEIDA, M.F.; SILVA, Z.P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**,v. 11, n. 4, p. 1011-1022, 2006.

ROMBALDI, R.L.; SERAFINI, E.P.; VILLA, L.L.; VANNI, A.C.; BARÉA, F.; FRASSINI, R.; et al. Infection with human papillomaviruses of sexual partners of women having cervical intraepithelial neoplasia. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 39, n. 2, p. 177-187, 2006.

ROSA, M.I.; MEDEIROS, L.R.; ROSA, D.D.; BOZETTI, M.C.; SILVA, F.R.; SILVA, B.R. Papilomavírus humano e neoplasia cervical. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 953-964, 2009.

ROSENBLATT, C.; LUCON, A. M.; PEREYRA, E.A.G.; WROCLAWSKI, E. R. **HPV na prática clínica**. São Paulo: Atheneu, 286p., 2005.

ROSENSTIERNE, M.W.; VINTHER, J.; HANSEN C.N.; PRYDSOE M.; NORRILD, B. Identification and characterization of a cluster of transcription start sites located in the E6 ORF of human papillomavirus type 16. **Journal of General Virology**, v. 84, n. 11, p. 2909-2920, 2003.

ROTELI-MARTINS, C.M.; LONGATTO FILHO, A.; HAMMES, L.S.; DERCHAIN, S.F.M.; NAUD, P.; MATOS, J.C.; ETLINGER, D.; SARIAN, L.; GONTIJO, R.C.; MAEDA, M.Y.S.; SYRJANEN, K.J. Associação entre idade ao início da atividade sexual e subsequente infecção por papilomavírus humano: resultados de um programa de rastreamento brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 11, p. 580-587, 2007.

ROWHANI-RAHBAR, A.; HAWES, S.E.; SOW, P.S.; TOURE, P.; FENG, Q.; DEM, A.; et al. The impact of HIV status and type on the clearance of human papillomavirus infection among Senegalese women. **Journal of Infectious Diseases**, v. 196, n. 6, p. 887-894, 2007.

SÃO PAULO. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS. **Manual para o manejo das doenças sexualmente transmissíveis em pessoas vivendo com HIV**. São Paulo, 152 p., 2011.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Programa Municipal de DST/Aids. **Diretrizes para o diagnóstico e tratamento do HPV na rede municipal especializada em DST/Aids.** São Paulo, 28 p., set. 2010.

SANTOS, V.K. **A exposição ao fumo de cigarros em lesões do colo uterino: um estudo de caso controle**. Tese mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, 2010.

SANTOS, N.J.S.; BUCHALLA, C.M.; FILLIPE, E.V.; BUGAMELLI, L.; GARCIA, S.; PAIVA, V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, suplemento 4, p. 12-23, 2002.

SCHIFFMAN, M.H. Recent progress in defining the epidemiology of human papillomavirus infection and cervicalneoplasia. **The Journal of the National Cancer Institute**, v. 84, n. 6, p. 394-398, 1992.

SCHORGE, J.O.; HALVORSON, L.M.; BRADSHAW, K.D.; SHAFFER, J.I.; HOFFMAN, B.L.; CUNNINGHAM, F.G. **Ginecologia de Williams**. Artmed, 2011.

SCIVOLETTO, S.; TSUJI, R.K.; ABDO, C.H.N.; QUEIROZ, S.; ANDRADE, A.G.; GATTA, W.F. Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de 2° grau de São Paulo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 2, p. 87-94, 1999.

SENF, J.H.; PRICE, C.Q. Young adults, alcohol and condom use: What is the conection? **Journal of Adolescent Health**, v. 15, n. 3, p. 238-244, 1994.

SETHI, S.; MULLER, M.; SCHNEIDER, A.; BLETTNER, M.; SMITH, E.; TUREK, L.; et al. Serologic response to the E4, E6, and E7 proteins of human papillomavirus type 16 in pregnant women. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 178, n. 2, p. 360–364, 1998.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio**. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

SILVA, A.C.M.; BARONE, A.A. Fatores de risco para co-infecção HIV-hepatite C. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 482-488, 2006

SILVEIRA, M.F.; BÉRIA, J.U.; HORTA, B.L.; TOMASI, E. Auto percepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n. 6, 2002.

SMITH, E.M.; JOHNSON, S.R.; RITCHIE, J.M.; FEDDERSEN, D.; WANG, D.; TUREK, L.P.; HAUGEN, T.H. Persistent HPV infection in postmenopausal age women. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 87, n. 2, p. 131-137, 2004.

SOTO-WRIGHT, V.; SAMUELSON, R.; MCLELLAN, R. Current management of low-grade squamous intraepithelial lesion, high-grade squamous epithelial lesion, and atypical glandular cells. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 48, n. 1, p. 147-159, 2005.

SOUTO, R.; FALHARI, J.P.B.; CRUZ, A.D. O Papilomavírus Humano: um fator relacionado com a formação de neoplasias. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 51, n. 2, p. 155-160, 2005.

SOUZA, N.S.T.; MELO, V.H.; CASTRO, L.P.F. Diagnóstico da infecção pelo HIV em lesões do colo do útero em mulheres HIV+: acuidade da histopatologia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 6, p. 355-361, 2001.

STRUNIN, L.; HINGSON, R. Alcohol, drugs, and adolescent sexual behavior. **The International Journal of the Addictions**, v. 27, n. 2, p. 129-147, 1992.

SUN, X.; KUHN, L.; ELLERBROCK, T.V.; CHIASSON, M.A.; BUSH, T.J.; WRIGHT, T.C.Jr. Human papillomavirus infection in women infected with the human immunodeficiency virus. **New England Journal of Medicine**, v. 337, n. 19, p. 1343-1349, 1997.

SUSSER, M. Causal thinking in the health sciences. **Concepts and strategies in epidemiology**. New York, Oxford. 1973.

SUZUKI, L.E.; ALDRIGHI, J.M.; ALECRIN, I.N.; MARTINS, C.R. Estudo da prevalência da infecção genital por papilomavírus humano em mulheres no climatério. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 39, n. 4, p. 305-309, 2007.

TANAKA, E.Z., MELLI, P.P.S., BONALDO, C.D., QUINTANA, S.M. Avaliação do conhecimento de alguns aspectos da infecção pelo papilomavirus (HPV) entre gestantes portadoras do HPV. **Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 14, n. 2, p. 9-19, 2010.

TEIXEIRA, J.C.; SANTOS, C.C.; DERCHAIN, S.F.M.; ZEFERINO, L.C. Lesões induzidas por papilomavírus humano em parceiros de mulheres com neoplasia intra-epitelial do trato genital inferior. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 431-437, 1999.

TEIXEIRA, C. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Jun. 2011.

TEIXEIRA, P.R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. **Tá difícil de engolir?** Editora Nepaids, São Paulo, 2000.

TELES, C.C.G.D. **Perfil epidemiológico das mulheres com lesões precursoras para câncer do colo uterino na região sudoeste de Mato Grosso.** Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília – UnB, Brasília, 2010.

TRABULSI, L.R.; ALTERTHUM, F. **Microbiologia**. 4ª edição - Revisada e atualizada. São Paulo: Editora Atheneu, 718 p., 2005.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X.G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

UNGLERT, C.V.S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.

UNGLERT, C.V.S; ROSENBURG, C.P.; JUNQUEIRA, C.B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 5, p. 439-446, 1987.

VALLE, E.A.; VIEGAS, E.C.; CASTRO, C.A.C.; TOLEDO, J.A.C. A adesão ao tratamento. **Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica**, v. 26, n. 3, p. 83-86, 2000.

VAZ, L.P.; SADDI, V.A.; AMARAL, W.N.; MANOEL, W.J. Epidemiologia da infecção pelo HPV em mulheres infectadas pelo HIV. **Feminina**, v. 39, n. 1, p. 35-40, 2011.

ZAMPIROLO, J.A.; MERLIN, J.C.; MENEZES, M.E. Prevalência de HPV de baixo e alto risco pela técnica de biologia molecular (Captura Hibrida II®) em Santa Catarina. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 39, n. 4, p. 265-268, 2007.

ZIMMERMMANN, J.B.; MELO, V.H.; CASTRO, L.P.F.; ALVES, M.J.M.; ZIMMERMMANN, S.G.; CASTILLO, D.M.D. Associação entre a contagem de linfócitos T CD4+ e a gravidade da neoplasia intra-epitelial cervical diagnosticada pela histopatologia em mulheres infectadas pelo HIV. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** v. 28, n. 6, p. 345-351, 2006.

ZUR HAUSEN, H. Papillomaviruses causing cancer: evasion from host-cell control in early events in carcinogenesis. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 92, n. 9, p. 690-698, 2000.

WRIGHT, T.C.J.; COX, J.T.; MASSAD, L.S.; TWIGGS, L.B.; WILKINSON, E.J. 2001 Consensus Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. ASCCP – Sponsored Consensus Conference. **Journal of the American Medical Association**, v. 287, n. 16, p. 2120-2129, 2002.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE 1
Instrumento para caracterização sociodemográfica e clínica

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGÁFICA
Data:___/___/___ Número do Prontuário:_____ Data de nascimento: ___/___/___
Raça (referida): 1. Branca ( ) 2. Não branca ( ) 3. Sem informação ( )
Escolaridade: 1. 0 a 4 anos ( ) 2. 5 a 8 anos ( ) 3. 9 a 12 anos ( ) 4. > 12 anos ( ) 5. Sem informação ( )
Estado Civil: 1. Solteiro ( ) 2.União estável ( ) 3. Desquitada ( ) 4.Viúva ( ) 5. Sem informação ( )
Situação econômica: 1. Com renda ( ) 2. Sem renda ( ) 3. Sem informação ( )
Uso de Álcool: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 3. Sem informação ( )
Tipo de Álcool: 1. Cachaça ( ) 2. Cerveja ( ) 3. Uísque ( ) 4. Vinho ( ) 5. Outro ( ) 6. Sem informação ( )
Quantidade de Álcool: 1. Diária ( ) 2. Final de semana ( ) 3. Ocasional ( ) 4. Sem informação ( )
Uso de Cigarro: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 3. Sem informação ( )
Quantidade de Cigarro por dia: 1. < 10 ( ) 2. 10-20 ( ) 3. > 20 ( ) 4. Sem informação ( )
Uso de drogas ilícitas: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 3. Sem informação ( )
Tipo de droga ilícita: 1. Maconha ( ) 2. Cocaína ( ) 3. Heroína ( ) 4. Crack ( ) 5. LSD ( ) 6. Outra ( ) 7. Sem informação ( )
Via de uso das drogas ilícitas: 1. Fumo ( ) 2. Inalação ( ) 3. EV ( ) 4. Sem informação ( )
Idade da primeira relação sexual 1. < 16 anos ( ) 2. 16-20 anos ( ) 3. > 20 anos ( ) 4. Sem informação ( )
Número total de parceiros sexuais: 1. 0 parceiros ( ) 2. 1-5 parceiros ( ) 3. 5-10 parceiros ( ) 4. >10 parceiros ( )
Número de parceiros sexuais no último ano: 1. < 3 parceiros ( ) 2. > 3 parceiros( ) 3. Sem informação ( )
Prostituição: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 3. Sem informação ( )
Orientação sexual: 1. Heterossexual ( ) 2. Não heterossexual ( ) 4. Sem informação ( )
Método Contraceptivo: 1. Nenhum ( ) 2. Abstinência ( ) 3. Condom( ) 4. ACHO ( ) 5. DIU ( ) 6. ACHI ( ) 7. LT ( ) 8. Vasectomia ( ) 9. Outro ( )
Dados do parceiro: Passado de IST:

1. Sim ( ) 2. Não ( ) 3. Sem informação ( )
Tipo de IST: 1. Sífilis ( ) 2. Hepatite B ( ) 3. Hepaptite C ( ) 4. Gonorréia( ) 5. herpes ( ) 6. tricomonas ( ) 7. Clamídia ( ) 8. HIV ( ) 9. HPV ( ) 10. Sem informação ( )
Heterossexual hiperativo: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 3. Sem informação ( )
Uso de álcool: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 3. Sem informação ( )
Uso de drogas: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 3. Sem informação ( )
Uso de tabaco: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 3. Sem informação ( )
Presidiário: 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 3. Sem informação ( )
CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA
Sorologia para HIV: 1. Positiva ( ) 2. Negativa ( ) 3. Não realizada ( ) 4. Sem informação ( )
Tempo HIV positivo: 1. < 1 ano ( ) 2. 1-5 anos ( ) 3. > 5 anos ( ) 4. Sem informação ( )
Sorologia para hepatite B: 1. Positiva ( ) 2. Negativa ( ) 3. Não realizada ( ) 4. Sem informação ( )
Sorologia para hepatite C: 1. Positiva ( ) 2. Negativa ( ) 3. Não realizada ( ) 4. Sem informação ( )
Sorologia para Sífilis: 1. Positiva ( ) 2. Negativa ( ) 3. Não realizada ( ) 4. Sem informação ( )
1ª gestação: 1. < 16 anos ( ) 2. 16-20 anos ( ) 3. > 20 anos ( )
Gesta: 1. zero ( ) 2. uma ( ) 3. Duas ( ) 4. Três ( ) 5. ≥ quatro ( ) 6. Sem informação ( )
Para: 1. zero ( ) 2. uma ( ) 3. Duas ( ) 4. Três ( ) 5. ≥ quatro ( ) 6. Sem informação ( )
Aborto: 1. zero ( ) 2. uma ( ) 3. Duas ( ) 4. Três ( ) 5. ≥ quatro ( ) 6. Sem informação ( )
Parto vaginal: 1. zero ( ) 2. uma ( ) 3. Duas ( ) 4. Três ( ) 5. ≥ quatro ( ) 6. Sem informação ( )
Parto Cesária: 1. zero ( ) 2. uma ( ) 3. Duas ( ) 4. Três ( ) 5. ≥ quatro ( ) 6. Sem informação ( )
Número de filhos: 1. zero ( ) 2. uma ( ) 3. Duas ( ) 4. Três ( ) 5. ≥ quatro ( ) 6. Sem informação ( )
Número de consultas e retornos comparecidos: _____
Número de faltas: _____
Motivos das consultas: 1. Cond. vulvar ( ) 2. Cond. vaginal ( ) 3. Cond. cervical ( ) 4. Cond. perianal ( ) 5. NIC I ( ) 6. NIC II ( ) 7. NIC III ( ) 8. HPV ( ) 9. Grávida ( )
Continua em seguimento clínico: 1. Sim ( ) 2. Não ( )
Tempo em seguimento clínico: _____

APÊNDICE 2

Instrumento para coleta de dados – Seguimento Clínico de mulheres com HSIL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
Data: ___/___/___ Data de nasc.: ___/___/___ Nº prontuário: _____		
DADOS EPIDEMIOLÓGICOS, DE TRATAMENTO E SEGUIMENTO CLÍNICO		
Variável	**Data**	**Exame realizado/ Obs.**
NIC 2 - Data do diagnóstico	___/___/___	
NIC 3 - Data do diagnóstico	___/___/___	
Data CAF	___/___/___	
Pós CAF – 7 dias	___/___/___	
Pós CAF – 6 meses	___/___/___	
Pós CAF – 9 meses	___/___/___	
Pós CAF – 12 meses	___/___/___	
Pós CAF – 18 meses	___/___/___	
Pós CAF – 24 meses	___/___/___	
Recidiva		
NIC 2 - Data do diagnóstico	___/___/___	
NIC 3 - Data do diagnóstico	___/___/___	
Data RECAF	___/___/___	
RECAF – 7 dias	___/___/___	
RECAF – 6 meses	___/___/___	
RECAF – 9 meses	___/___/___	
RECAF – 12 meses	___/___/___	
RECAF – 18 meses	___/___/___	
RECAF – 24 meses	___/___/___	
RECAF		
Grávida– Conduta expectante até 90 dias pós-parto	___/___/___ ___/___/___ ___/___/___	

Anexos

ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 156/2011

Ribeirão Preto, 18 de maio de 2011.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 138ª Reunião Ordinária, realizada em 18 de maio de 2011.

Protocolo: nº 1303/2011

Projeto: Incidentes críticos relacionados a sexualidade relatados por mulheres com infecção genital pelo Papilomavirus humano atendidas em um hospital do interior paulista (serviço de referência).

Pesquisadores: Elucir Gir
Joice Gaspar

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Elucir Gir
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP