

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DAILA ALENA RAENCK DA SILVA

**Relação entre Neoplasias Intra-Epiteliais Cervicais com a Contagem de CD4
e Carga Viral em Pacientes Hiv/Aids**

**Porto Alegre
2007**

DAILA ALENA RAENCK DA SILVA

Relação entre Neoplasias Intra-Epiteliais Cervicais com a Contagem de CD4 e Carga Viral em Pacientes Hiv/Aids

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientador: Prof^o Dr^a Sônia B. C. de Souza.

**Porto Alegre
2007**

*Para **Grégori** meu filho amado
e para os meus **Queridos Pais**,
Pela dedicação e compreensão,
Pelo apoio fornecido,
Pela vida e amor.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho Grégori, estímulo para seguir em frente, amor e alegria da minha vida, pela sua compreensão nos momentos em que não pude estar presente.

Aos meus pais pelo apoio, paciência, amor, carinho, minha admiração e gratidão eterna. Por toda dedicação e pelos momentos que buscaram sempre o meu bem-estar e crescimento.

Ao meu namorado pelo enfrentamento dos momentos de ausência

À minha cunhada Camila pelo seu companheirismo e a auxílio na divisão das angústias atribuídas a esse trabalho. Ao meu irmão Felipe.

As Enf. Glória Correa , Gisele Presslauer pelos seus ensinamentos, exemplos de profissionais e de caráter. Modelos de pessoas a serem seguidos.

A Cledimar, coordenadora do SAE, pela compressão e colaboração nos momentos em que a ausência ao estágio era inevitável, agradeço o seu apoio.

A minha colega de Estágio Sabrina Gilli, pela sua parceria e companhia, por sua dedicação e verdadeira amizade. Sua tranquilidade e otimismo estão presentes em todos os momentos.

Ao médico Régis Kreitchmann pela colaboração na escolha do tema e seu incentivo ao decorrer do trabalho.

A minha orientadora Sônia Souza pela sua paciência, dedicação e sabedoria. Uma pessoa indispensável para o crescimento do aluno.

A minha supervisora de estágio curricular Enaura Chaves, pela liberdade fornecida na execução dos estágios, favorecendo em um ótimo aprendizado. Por sua alegria contagiante.

A Enf. Beatriz Guaragna pelo aprendizado e suporte fornecido para a conclusão da última etapa do curso, uma pessoa amiga e companheira. Profissional comprometida com seu trabalho e exemplo de liderança.

A Enf. Ana Cruz pelos ensinamentos e sua grande contribuição ao dividir sua experiência profissional.

A minha colega de estágio curricular Carolina Karnopp que dividiu comigo as ansiedades desse trabalho, e as longas discussões a cerca da temática comum aos nossos trabalhos. Uma pessoa amiga e companheira.

Agradeço a todos aqueles que fazem parte da minha vida e que de alguma forma contribuem para o meu crescimento como ser humano.

RESUMO

O número de pessoas infectadas pelo HIV cresce a cada dia, destaca-se nessa estatística a alta taxa de mulheres contaminadas. Observa-se, devido a esse fato, uma modificação no perfil da epidemia. O HIV destrói as células de CD4 responsáveis pela imunidade, conseqüentemente ocorre uma exposição maior do indivíduo as doenças oportunistas. Diante da transformação que vem sofrendo a epidemia, frente ao processo de feminização, torna-se importante abordar outra doença muito freqüente no mundo: o câncer de colo uterino. Uma patologia de fácil prevenção. Este estudo pretende relacionar as lesões pré-invasoras, as neoplasias intra-epiteliais cervicais (NIC), a imunidade e a quantidade de vírus no organismo das pacientes de um Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Porto Alegre. Trata-se de uma pesquisa quantitativa transversal documental, onde os dados foram coletados dos prontuários de 262 pacientes atendidas no período de abril de 2006 a abril de 2007. Além dos resultados dos exames citopatológicos, foram analisados fatores como atividade sexual, estado civil, uso de antiretrovirais, número de filhos, entre outros. A análise estatística foi feita com auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS-PC Plus para Windows). Através da análise dos resultados, foi encontrado no estudo uma prevalência de mulheres, brancas, com baixo nível de escolaridade e sem trabalho. Quanto á vida sexual, foi observado que 68% delas, possuíam parceiro fixo e 89% tinham vida sexual ativa. O tempo médio de infecção foi de 7 anos, observou-se também que 230 pacientes apresentaram o nível de CD4 acima de 200 células/mm³ e 104 pacientes possuíam carga viral indetectável. Verificou-se que 89% das pacientes apresentaram exame citopatológico de colo uterino negativo para neoplasias intra-epiteliais cervicais. Quanto à relação entre o CD4, a carga viral e o aparecimento de NIC, foi encontrado que a ocorrência de NIC é menor à medida que as mulheres apresentam maior valor nos níveis de CD4.

Descritores: Mulheres. HIV/AIDS. Enfermagem.

“O tempo é muito lento para os que esperam.
Muito rápido para os que tem medo
Muito longo para os que lamentam
Muito curto para os que festejam
Mas, para os que amam, o tempo é eterno.”

Willian Shakespeare

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- N° de casos notificados de aids no Brasil do ano de 1987 até 2006.	13
Figura 1- Anatomia do colo uterino, mostrando as principais estruturas.	22
Figura 2 - Representação dos epitélios presentes no colo uterino e a JEC.	23
Quadro 2 - Casos de câncer de colo de útero nas cinco regiões do Brasil	26
Tabela 1 - Dados demográficos das pacientes portadoras de HIV no SAE	32
Tabela 2 - Vida sexual e reprodutiva das mulheres portadoras de HIV do SAE.	33
Tabela 3 - Dados Clínicos das pacientes que freqüentam o SAE	33
Tabela 4 - Terapia anti-retroviral das pacientes do SAE.	34
Tabela 5 - Dados referentes a variáveis ginecológicas da pacientes do SAE.	34

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	12
2.1	Objetivos Gerais	12
2.2	Objetivos específicos	12
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1	HIV/Aids	13
3.1.1	Perfil da Epidemia	16
3.2	Tratamento Anti-retroviral	17
3.2.1	Adesão	19
3.2.2	Serviço de Assistência Especializada (SAE)	20
3.3	Saúde mulher	21
3.3.1	Anatomia do Colo uterino	22
3.4	Exame Citopatológico	24
3.4.1	Neoplasias Intra-epiteliais cervicais	25
3.4.2	Câncer de colo de Útero	26
3.4.3	Fatores de Risco para câncer de colo de Útero	27
3.4.4	HPV	28
4	METODOLOGIA	29
4.1	Campo de Pesquisa	29
4.2	Tipo de Estudo	29
4.3	População e Amostra	29
4.4	Critério de Inclusão e exclusão	30
4.5	Coleta de Dados e instrumentos	30
4.5	Análise Estatística	30
4.7	Aspectos Éticos	31
5	RESULTADOS	32
6	DISCUSSÃO	36

7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	40
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	42
	APÊNDICE A – Protocolo de Pesquisa	48
	ANEXO 1 - Formulário (Dr. Regis Kreitchmann)	49
	ANEXO 2 – Carta de Aprovação da COMPESQ/ENF	50
	ANEXO 3 - Parecer do Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre	51

1 INTRODUÇÃO

Os primeiros casos de HIV (Human Immunodeficiency Virus -VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana) surgiram no início da década de 80 e constituem um dos grandes problemas de saúde pública do século. O perfil da doença se modificou, deixando de atingir apenas homens e aumentando o número de mulheres infectadas. Diante desse quadro é necessário identificar fatores que aumentam a chance de morbidade e mortalidade entre essa população.

O HIV caracteriza-se pela disfunção imunológica crônica e conseqüente queda dos níveis de linfócitos CD4, podendo o paciente estar infectado e permanecer durante anos assintomático (CANINI *et al.*, 2004). Esta diminuição no número de células, responsáveis pela defesa do organismo, deixam os indivíduos portadores do vírus mais expostos as doenças que são chamadas de oportunistas.

Dentre essas doenças verificamos a presença do carcinoma cervical invasivo, segundo o CDC (Centers Disease Control and Prevention), é um diagnóstico considerado indicador de AIDS. Está comprovado que antes do aparecimento do câncer invasor surgem lesões precursoras que são reconhecidas como as Neoplasias Intra-epiteliais Cervicais (NIC), sendo elas divididas em três níveis e que são facilmente tratadas.

O câncer do colo do útero é uma problemática quando tratamos de saúde da mulher, sabe-se que a sua prevenção é fácil, bem como a sua detecção em tempo de tratamento, porém o que se observa é uma grande resistência das pacientes em freqüentarem as consultas ginecológicas com a assiduidade preconizada. Quando focamos as portadoras de HIV (vírus da imunodeficiência humana) encontramos um obstáculo ainda maior que é a imunossupressão, pois esse fator leva a uma maior predisposição ao aparecimento de lesões nos exames de rotina.

Diante desta realidade, este estudo se propõe, avaliar a prevalência das neoplasias intra-epiteliais cervicais e seus subtipos no grupo portador de HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS/DST/HTLV de Porto Alegre e verificar se existe relação entre os resultados de contagem de CD4 (imunidade) e a Carga viral e o aparecimento das lesões neoplásicas intra-epiteliais cervicais (NIC).

Após a realização de diversas consultas de Enfermagem com pacientes do serviço, foi possível observar um grande número de mulheres que possuíam alterações em seus exames

citopatológico e esse fato despertou a curiosidade para mesurar e relacionar esse acontecimento aos exames laboratoriais realizados rotineiramente nos portadores de HIV/AIDS.

A relevância desse estudo está em conhecer a realidade do SAE e fornecer dados para embasar a elaboração de programas de prevenção, detecção precoce e condutas eficazes para tratamento. Este estudo pretende contribuir para melhor adesão ao tratamento, pois possibilitará identificar casos que foram tratados, que necessitam de diagnóstico e tratamento, viabilizando programas de busca ativa e regularização das consultas ginecológicas.

Para implementar essas estratégias é necessário ter em vista a especificidade do serviço que é o atendimento de pacientes crônicas portadoras de HIV/AIDS. Contudo, percebe-se que o Serviço de Enfermagem deve estar atento durante a consulta, visando rastrear casos potenciais da patologia e promover a sensibilização das pacientes para importância da prevenção e do comparecimento periódico às consultas ginecológicas com equipe médica e de enfermagem. A tarefa desempenhada pela Enfermagem do SAE possibilita essa intervenção devido ao tempo de acompanhamento e bom vínculo observado entre profissional e paciente.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Conhecer a prevalência de neoplasias intra-epiteliais cervicais em um Serviço de Assistência Especializada e verificar a presença/ausência de relação com a contagem de CD4 e Carga Viral em pacientes Portadoras de HIV/AIDS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a frequência de NIC;
- Contabilizar o CD4;
- Verificar a Carga Viral;
- Verificar a existência de relação entre os valores de CD4, carga viral e as lesões neoplásicas intra-epiteliais cervicais;

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 HIV/Aids

De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS, Genebra Novembro de 2006) os casos de HIV continuam a crescer e nos países onde as taxas de infecção estavam controladas ou em declínio, observou-se um novo aumento. Desde o início da epidemia, há 20 anos, 60 milhões de pessoas foram infectadas e 20 milhões morreram no mundo. A Uniaids 2006 (Joint United Programme on HIV/Aids) informa que no ano de 2006, quase 3 milhões de pessoas morreram de AIDS, 4,3 milhões foram infectadas recentemente e 39,5 milhões de pessoas estão infectadas.

Quadro 1- N° de casos notificados de aids no Brasil do ano de 1987 até 2006

Ano	Casos notificados
1987	2.775
1988	4.535
1989	6.295
1991	11.805
1992	14.924
1993	16.760
1994	18.224
1995	19.980
1996	22.343
1997	22.593
1999	22.102
2001	220.000
2002	258.000
2003	310.310
2004	362.364
2005	371.827
2006	433.067

Fonte: Ministério da Saúde, 2006

Observa-se na Tabela 1, a progressão dos casos de aids no Brasil, demonstrando um aumento excessivo a partir do ano de 2001. Percebe-se a dimensão da epidemia a partir desses dados.

Foram notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), registrados no SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais) e SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), até junho de 2006, no total, 433.067 casos de aids no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA ou Aids) é uma manifestação clínica avançada da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH ou HIV), leva a imunossupressão progressiva, caracterizado-se pelo conjunto de sintomas e infecções resultantes do dano específico do sistema imunológico. (UNIAIDS Joint United Programme on HIV/Aids, 1999). Ocorre o colapso do sistema imune quando as células de CD4 caem a um número inferior a 200 células/mm³, a partir desse momento o indivíduo fica vulnerável às infecções (CDC CENTERS DISEASE CONTROL AND PREVENTION).

A Organização Mundial de saúde descreve dois tipos de vírus mais freqüentes: o HIV-1 que predomina no mundo e o HIV-2 mais comum na África ocidental, sendo que a principal diferença entre eles, é que o tipo 2, possui uma transmissão mais difícil e a sua progressão é mais lenta.

De acordo com Powderly (1999) o vírus possui duas fitas simples de RNA quase idênticas encapsuladas por um vírion, esta cápsula é revestida de glicoproteínas gp 120 e gp 41 que são responsáveis pela invasão das células. A enzima transcriptase reversa, as proteases e as integrases são componentes importantes na replicação viral e encontram-se dentro do vírion. A glicoproteína gp 120 forma um sítio de ligação com a molécula de CD4 e a um receptor de quimiocina (CCR5 no início da infecção e CXCR4 no final) o que possibilita a entrada do vírus dentro da célula.

Sabe-se que o CD4 não é suficiente para a infecção das células, pois, foram recentemente descobertos, os co-receptores CCR5 e CXCR4 que participam também desse processo. Os indivíduos que não expressam CCR5 por algum defeito genético não adquirem o vírus. Após a endocitose do vírion com seus componentes o RNA é transcrito a DNA por uma enzima transcriptase reversa, a partir desse momento novos vírions são produzidos e exocitados (SILBERNAGL, 2003).

A infecção pelo HIV leva a incapacidade do sistema imune de defender o organismo dos microorganismos geradores de patologias, ficando os portadores expostos as chamadas doenças oportunistas. Essas patologias são geralmente de origem infecciosa e neoplásicas, muitas delas não causariam nenhuma disfunção em um indivíduo como o sistema imunológico normal. As infecções mais comuns são Citomegalovírus, Herpes, Tuberculose, Pneumonias, Pneumocistose, Candidíase, Toxoplasmose, Sarcoma de Kaposi, Linfomas não-Hodgkin, Neoplasias Intra-epiteliais Cervicais e anal (GUIMARAES, 2007; REMOR, 2007).

A infecção pelo HIV pode ser dividida em três fases. A fase aguda que se caracteriza pelos primeiros sintomas que surgem aproximadamente duas semanas após o contágio. São semelhantes aos apresentados durante a gripe, incluindo febre, adenomegalia, faringite, exantema transitório e meningite asséptica. Nesta fase o sistema imune controla a infecção viral, fazendo desaparecer os sintomas iniciais sem intervenções. No entanto, o vírus continua a sua replicação de forma intensa, dando início à fase de latência, marcada pela ausência de sintomas que pode durar 10 anos ou mais. A seguir surge a terceira fase, época em que a doença torna-se crônica, ocorrendo à deficiência imune grave. A queda na contagem de CD4 é muito grande, podendo chegar a níveis inferiores a 200 células/mm³. Nesse momento o indivíduo apresenta: fadiga, perda de peso acentuada, febre intermitente, sudorese noturna e diarreia (VERONASI, 1997).

A única maneira de saber se a pessoa está infectada é através de testes sorológicos. Para diagnosticar o HIV é realizado um exame chamado ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay), ele detecta os anticorpos produzidos contra o vírus. No entanto, como o ELISA apresenta taxas de resultados falsos, quando surgem testes positivos é efetuado o Western blot um exame mais preciso e mais caro (MACHADO, 1999).

De acordo com Remor (2007) a transmissão do HIV ocorre através do contato direto de fluídos corporais como o sangue, o sêmen e as secreções vaginais de uma pessoa infectada, com o sangue ou as mucosas de uma pessoa não infectada. As situações que englobam quase a totalidade dos casos de infecção são os três casos seguintes: contato sexual com pessoa infectada, exposição a sangue ou derivados contaminados e transmissão vertical ou perinatal (GRECO, 1993).

O CDC mostra que o vírus é frágil e vive pouco fora do organismo, portanto ele não é transmitido durante as atividades cotidianas como: aperto de mão, abraço, beijo, uso dos mesmos utensílios ou por picadas de mosquitos.

O monitoramento da infecção é realizado através dos exames de contagem de linfócitos CD4 e o número de cópias de RNA viral (Carga viral) no sangue. A contagem de CD4 avalia o grau de imunossupressão, uma vez que são os principais alvos do vírus. O (CDC 1993) classifica a infecção pelo HIV em três etapas: menor que 200 células/mm³, entre 200 e 499 células/mm³ e acima de 500 células/mm³. A carga viral mostra o total de células produtivamente infectadas e a velocidade com que o paciente evolui para aids (NOCE, 2006).

3.1.1 Perfil da Epidemia

Surgiu nos Estados Unidos, em 1981, uma doença que afetava homossexuais e causava imunossupressão. Então, a partir desse momento, começaram as investigações para conhecer a nova patologia. No entanto, o causador da doença, o HIV, só foi descoberto em 1983, pelo cientista francês Luc Montagnier (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No Brasil, a doença surge, no ano de 1982, em um grupo de homossexuais. Nesse mesmo ano, o vírus recebe o nome temporário de doença dos 5 H, referentes aos Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroínômanos (usuários de heroína injetável), Hooker (profissionais do sexo em inglês). Em 1983 ocorre o primeiro caso de aids em mulher, criança, profissional da saúde e em 1985 o primeiro caso de transmissão vertical (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Ao decorrer dos anos, a doença foi modificando seu perfil. No começo, a maioria dos casos observados de HIV eram de homens, homossexuais e usuários de drogas. Pessoas da classe média que viviam nos grandes centros urbanos. Atualmente, outras parcelas da sociedade estão sendo atingidas como as mulheres, adolescentes e crianças (SANTOS *et al* 2002).

No Brasil, o início da epidemia ficou limitado a São Paulo e Rio de Janeiro. No final da década de 80, ela se espalhou para as demais regiões do país. Existem registros da sua ocorrência em todos os estados, porém sua concentração está nas regiões sudeste e sul (MALTA *et al* 2005).

O crescimento do número de casos entre homens heterossexuais, mais o predomínio desta forma de transmissão na população feminina, ressalta a hipótese de heterossexualização da epidemia (SANTOS *et al* 2002).

A doença, a partir desse momento, passa a tomar um rumo diferente da sua origem, sendo destacada por uma epidemia marcada pela pobreza, feminização e interiorização.

Podemos perceber a modificação da epidemia da aids, através dos números encontrados. A OMS estima que na década de 90 a aids será causa de morte de 4,0 milhões de mulheres no mundo. Do total de 39,5 milhões de pessoas infectados no mundo, 17,7 milhões correspondem a mulheres, ou seja, 47,3% dessa população (UNIAIDS JOINT UNITED PROGRAMME ON HIV/Aids 2006). De acordo com o Ministério da Saúde a incidência de aids em mulheres no Brasil de 1996 a 2005 passou de 6,0 para 17,3 casos e das 593 mil pessoas que vivem com a doença no Brasil 208 mil são mulheres. Em 1984 haviam 23 homens infectados para 1 mulher, no ano de 1996 já haviam 3 homens infectados para 1 mulher (VERMELHO, 1991).

3.2 Tratamento Anti-retroviral

Em 1987 ocorre o início do uso dos anti-retrovirais, com a primeira droga chamada de AZT (Zidovudina), medicamento que reduz a multiplicação viral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Atualmente os pacientes infectados possuem uma perspectiva melhor quanto o prognóstico da doença, diferentemente de alguns anos atrás quando muitas pessoas morriam de AIDS, os estudos focam cada vez mais a qualidade de vida desse grupo (FIGUEIREDO, et al 2001; Canini et al 2004).

Esse processo, só foi possível através do advento da HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) que é a associação de diferentes classes de anti-retrovirais, ou seja, a combinação dos inibidores da protease e da transcriptase reversa, de forma a ser extremamente efetiva na redução da carga viral plasmática para níveis indetectáveis promovendo, então, uma terapia altamente eficaz. Este acontecimento levou a AIDS a ser considerada uma doença crônica controlável (GIR; VAICHULONIS; OLIVEIRA, 2005; GARCIA *et al* 2005).

Esse fato, também está associado à distribuição universal de anti-retrovirais pelo Sistema Único de Saúde, sendo o Brasil o primeiro país, entre aqueles considerados em desenvolvimento, a disponibilizar esse recurso à população, (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006). De acordo com o relatório da décima sexta conferência internacional do AIDS em (Toronto, Canadá,

2006), do CDC (Centers Disease Control and Prevention) 83% das pessoas que estão infectadas pelo HIV no Brasil recebem a terapia anti-retroviral. Essa política tem apresentado efeitos positivos como uma redução da mortalidade em 50%, diminuição em 80 % nas internações hospitalares, redução da incidência de infecções oportunistas, e diminuição da transmissão vertical (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A terapia anti-retroviral tem como principal objetivo inibir a replicação viral, retardando a progressão da imunodeficiência e promovendo a restauração da imunidade. Assim, a supressão máxima e contínua da replicação viral é desejável para reduzir ou reverter o dano imunológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O momento do início da terapia anti-retroviral é muito importante para os portadores da HIV, uma vez que iniciada a terapia não há possibilidade de intervalos ou supressão do uso. Sabe-se que a erradicação do vírus nos reservatórios anatômicos e a sua extinção total ainda não é possível, no entanto existe a possibilidade de um bom manejo da infecção através da diminuição da replicação viral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A terapia deve ser iniciada em fases mais avançadas de imunodeficiência, quando a contagem de linfócitos TCD4+ estiver próxima a 200 células/mm³ ou entre 200 e 350 células /mm³. É recomendado também, início de tratamento para os pacientes com manifestações clínicas associadas ao HIV, independentemente da contagem de linfócitos T-CD4+ e da carga viral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006- Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV).

De acordo com Souza (2003) em 1996, na 11a conferência internacional sobre a SIDA, Vancouver, Canadá, foi apresentado o coquetel que é a combinação de medicações que diminui em até 100 vezes a reprodução do vírus. Existem três classes de anti-retrovirais os Inibidores da Enzima Transcriptase Reversa Análogos de Nucleotídeos como: Zidovudina, Lamivudina, Abacavir, Tenofovir, Didanosina, Estavudina. Os Inibidores da Enzima Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleotídeos como: Nevirapina, Efavirenz. Os Inibidores da Protease: Saquinavir, Ritonavir, Indinavir, Lopinavir, Nelfinavir e Amprenavir. Outras estratégias estão sendo lançadas, baseadas em novos compostos que inibem outras etapas da replicação viral como: Inibidores de fusão; Inibidores da Proteína Nucleocapsídica; Inibidores da Enzima Integrase; Inibidores da Enzima de Transcrição.

Esses fármacos possibilitaram uma progressão na vida desses indivíduos, no entanto a qualidade de vida muitas vezes é questionada. A medicação apresenta efeitos colaterais diversos e

modificações drásticas na rotina. A indústria farmacêutica, apresenta cada vez mais, modificações nos antiretrovirais na tentativa de reduzir a quantidade, tamanho e efeitos colaterais dos comprimidos. No entanto adesão ao tratamento ainda é uma batalha para os profissionais da saúde (REMON, 2002).

3.2.1 Adesão

Uma das lutas dos profissionais da saúde quando se fala de tratamento anti-retroviral é a adesão, pois a AIDS só pode ser considerada uma doença controlável se o paciente conseguir seguir o que lhe é prescrito, tanto com o uso correto da medicação, como seguindo as demais recomendações. Considera-se aderente os pacientes que conseguem usar de 80 % a 95 % da dose prescrita. Tarefa difícil, uma vez que na adesão implica fatores comportamentais e a tolerância aos diversos efeitos colaterais, além das dificuldades que são enfrentadas quando se usa essas drogas (BARROSA *et al* 2006).

Segundo Manual Boas Práticas de Adesão HIV/AIDS, Caraciolo et al (2003) adesão é um processo que depende do seguimento da proposta prescrita, concordando com o comportamento que paciente adotará em relação às recomendações. Entende-se por adesão como uma atividade conjunta onde o pacientes estabelece uma aliança terapêutica com o profissional e não cumpre apenas o que lhe é recomendado, mas sim segue, entende e concorda com a prescrição (VITÓRIA, 1998).

A terapia HAART será eficaz dependendo da adesão mantida pelo paciente, o esquema prescrito deve ser seguido com rigor. O uso irregular pode ocasionar o desenvolvimento de vírus mais resistentes e a conseqüente limitação da terapêutica, aumentando a disseminação de vírus multirresistentes (BARROSO, 2006).

A falta de compreensão quanto aos medicamentos contribui para a má adesão, bem como as informações insuficientes quanto aos riscos do mau uso da terapia anti-retroviral. Estudos apontam que a falta de comunicação entre profissional e paciente tem sido fator contribuinte para o desacordo no seguimento da prescrição, outros estudos sugerem a necessidade do fornecimento

de informações por escrito para o paciente, mais o reforço verbal acerca das orientações a serem seguidas (CECCATO *et al* 2004).

Existem alguns fatores que podem levar o indivíduo à não adesão ao tratamento entre eles ocorrência de efeitos colaterais, esquemas com posologias incompatíveis com as atividades diárias do paciente, número elevado de comprimidos, necessidade de restrição alimentar, falta de compreensão da prescrição, falta de informação sobre as conseqüências da má adesão e condições sociais e psicológicas de cada indivíduo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006-Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV).

3.2.2 Serviço de Assistência Especializada (SAE)

É um centro de referência de atenção primária que presta atendimento aos Portadores de HIV/Aids. Local onde os pacientes encontram as informações que necessitam quanto à doença e o tratamento como um todo. A chegada ao serviço acontece das seguintes formas: através da rede pelo encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde; por demanda espontânea, ou seja, vontade de fazer testagem sorológica e por outros serviços que possuem conhecimento a cerca do trabalho desenvolvido no SAE/COAS (Centro de orientação e atenção sorológica).

O paciente faz a testagem sorológica para HIV no COAS e juntamente recebe informações sobre HIV/Aids/DST com ênfase na prevenção. O resultado independente de qual seja é dado com atendimento psicológico. Caso o exame apresente uma resposta positiva é realizado um novo teste, sendo reagente ocorre o encaminhamento para o SAE.

O Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS/DST/HTLV é vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, inaugurado em maio de 1996 atende pacientes de todas as faixas etárias, contabilizando aproximadamente 9500 pacientes cadastrados, tendo em torno de 5500 cadastros ativos. Conta com equipe multidisciplinar, formada por Médicos, Enfermeiro, Psicólogo, Farmacêutico, Assistente Social, Fisioterapeuta, Técnicos de enfermagem e estagiários de diferentes áreas.

O acompanhamento começa com uma consulta médica, onde são solicitados exames como Hemograma, CD4, Carga Viral, Hepatites e DSTs. O SAE oferece consulta com dermatologia, ginecologista/obstetra, pediatra e infectologista. Possui também um programa denominado “Consulta de Enfermagem Direcionada à Adesão”, desenvolvido por Enfermeiros e acadêmicos

de enfermagem, que visa acolher, acompanhar, apoiar e fornecer informação técnica atualizada aos usuários do serviço. Este programa prioriza o atendimento aos pacientes que iniciam, trocam ou que estão em dificuldade com seus esquemas terapêuticos.

Nestas consultas não é abordado somente a tomada das medicações, mas outros aspectos que possam interferir na qualidade de vida, como conhecimento e aceitação da patologia, ação dos ARV's, realização e interpretação dos exames, assiduidade nas consultas, capacidade cognitiva, condição social, uso de álcool e drogas, atividade física, hábitos alimentares, medidas de prevenção e re-infecção.

3.3 Saúde da mulher

A feminização da epidemia do HIV/Aids aumenta a necessidade de trabalhar na área da saúde da mulher, buscando a prevenção de outras doenças. Diante desse processo torna-se importante à elaboração de programas de saúde que façam a cobertura das principais doenças que afetam a população feminina.

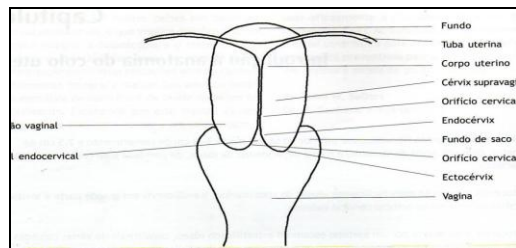
Diante das patologias encontradas nas mulheres surge o câncer de colo de útero, algo que pode ser prevenido ou detectado precocemente. No entanto muitas mulheres continuam desenvolvendo lesões e chegando a óbito. O carcinoma invasivo associado a HIV, potencializa a problemática, aumentando a necessidade iniciativas que promovam a prevenção.

Entre as poucas proposta lançadas para a melhoria da saúde no Brasil observamos, no ano de 1984, uma iniciativa direcionada a saúde da mulher. Surge, então, a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com a proposta de prestar ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação.

3. 3.1 Anatomia do colo uterino

O colo do útero é uma porção fibromuscular que varia de tamanho conforme a idade, paridade e estado hormonal da mulher. A metade inferior chama-se porção vaginal que se projeta na parede anterior da vagina, abre-se na vagina por um orifício que é chamado orifício cervical externo. À parte que se encontra externamente a esse orifício chama-se ectocérvix que é facilmente visível no exame especular. Já a região que se encontra proximal ao orifício cervical externo é a endocérvix, parte visível apenas como a dilatação do orifício. Existe o canal endocervical que liga a cavidade uterina a vagina que atravessa a endocérvix, (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004)

Figura1 - Anatomia do colo uterino, mostrando as principais estruturas.



Fonte: Manual da OMS

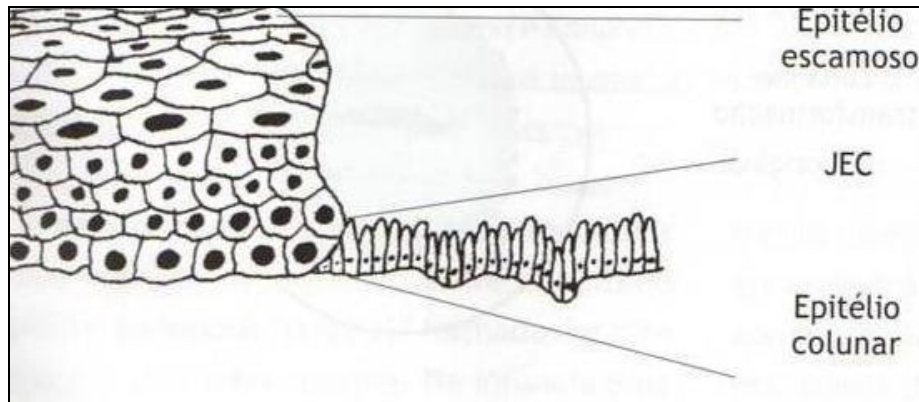
O colo uterino é recoberto por dois tipos de epitélios o escamoso estratificado não queratinizado, encontrado sobre a ectocérvix e o colunar que recobre a endocérvix. O encontro desses epitélios apresenta a junção escamocolunar que é uma linha bem definida que surge da diferença de altura entre eles (HALER, 2000; SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004).

Sua localização em relação ao orifício cervical externo vai variar de acordo com a fase da vida da mulher. Durante a infância, perimenarca, após a puberdade e o início do período reprodutivo ela é chamada de junção escamocolunar original, pois representa a formação ocorrida durante a embriogênese, localiza-se neste momento muito próximo ou dentro do orifício cervical externo.

Com a puberdade e a chegada da idade reprodutiva sob a ação do estrógeno o colo uterino cresce, alongando o canal endocervical, levando a uma condição chamada de ectopia que é a eversão do epitélio colunar sobre a ectocérvix. O epitélio colunar fica exposto ao meio ácido vaginal, ocorrendo à destruição desse epitélio e a substituição pelo escamoso metaplásico recém formado. Então ocorre a formação de uma nova junção escamocolunar entre o epitélio

metaplásico e o colunar. Conforme a mulher passa pela menopausa , ocorre a redução do colo uterino pela falta de estrógeno, então a nova junção escamocolunar migra em direção ao orifício cervical (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004; HALER 2000).

Figura 2- Representação dos epitélios presentes no colo uterino e a junçãoescamocolunar.



Fonte: Manual da OMS

O epitélio metaplásico recém formado logo se transforma em maduro, com função semelhante ao epitélio original, sendo ele considerado normal. No entanto quando ocorre o desenvolvimento do epitélio atípico displásico, geralmente sobre influência do HPV, essas células imaturas podem ser transformadas em células atípicas com anormalidade nucleares e citoplasmáticas. A multiplicação e crescimento descontrolado das células atípicas podem levar à formação de um epitélio displásico anormal que pode regredir ao normal, persistir como displasia ou progredir a neoplasia invasiva durante vários anos (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004; HALER, 2000).

3.4 Exame citopatológico

O exame citopatológico do colo do útero tem sido uma alternativa para o rastreamento do câncer em mulheres sexualmente ativas. Implantado na década de 50, ele é capaz de identificar lesões pré-invasivas, de fácil tratamento, prevenindo a manifestação do câncer invasor, diminuindo a sua incidência e as mortes (HACKENHAAR, 2006).

No ano de 2002 o Ministério da Saúde realizou um Inquérito domiciliar, onde das 15 capitais analisadas a coberturas do exame de Papanicolau estava entre 74% e 93%. Porém esse dado destoa com a quantidade de exames realizados pelo Sistema Único de Saúde que variou de 33 a 64%. Assim, percebe-se que as altas taxas de mortalidade de câncer de colo uterino e a descoberta tardia do diagnóstico com mau prognóstico estão relacionadas a não realização do exame (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Preconiza-se que mulheres soronegativas façam uma visita anual ao ginecologista para realizar o exame de Papanicolau ou Citopatológico, sendo que, na ausência de alterações, recomenda-se consultas a cada três anos. Entretanto para as mulheres portadoras de HIV é necessário visitas mais frequentes, uma vez que existem estudos mostrando que a deficiência imunológica contribui para o aparecimento de Neoplasias intra-epiteliais cervicais (PINTO; SIUMARA; CRUZ, 2002)..

De acordo com a American College of Obstetricians And Gynecologist (ACOG 2006) é recomendado o exame de colposcopia e papanicolau a cada seis meses para mulheres soropositivas com CD4 acima de 200/mm³ e para aquelas com CD4 abaixo desse nível os exames devem ser trimestrais.

Em 2002 no Brasil na tentativa de padronizar os laudos de Citopatologia Cervical Uterina reuniram-se representantes do Instituto Nacional do Câncer (INCA), do Ministério da Saúde (MS), da Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBC) e da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP). Utilizaram como base para realizar a mudança nos laudos o Sistema de Bethesda, Maryland (PINTO *et al* 2006).

Os laudos dos exames citopatológicos podem trazer diferentes terminologias. Pode-se considerar normal o exame que apresentar como resultado as seguintes frases: dentro dos limites da normalidade, alterações celulares benignas ou atípicas celulares. Sendo as alterações celulares benignas classificadas em inflamação, reparação, metaplasia escamosa imatura, atrofia com inflamação e radiação.

No caso de resultados alterados surgiram as células atípicas de significado indeterminado de origem escamosa (ASCUS) consideradas como possivelmente não-neoplásicas ou sem possibilidade de afastar lesão intra-epitelial de alto grau.

São descritas também as alterações pré-invasivas sub-classificadas em: lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial

cervical grau I), lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais grau II e III), carcinoma invasor (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CITOPATOLOGIA. NOMENCLATURA BRASILEIRA PARA LAUDOS DE CITOPATOLOGIA CERVICAL UTERINA, 2001).

3.4.1 Neoplasias Intraepiteliais Cervicais

As NIC são lesões pré-invasivas que surgem anteriormente à neoplasia invasiva. Recebeu uma classificação em que se divide de acordo com o grau de comprometimento da espessura do epitélio por células atípicas, podendo ser leve, moderada e grave. Foi observado que essas neoplasias podem regredir, persistir ou progredir a carcinoma invasivo (HAEER, 2000).

Até 1968 se classificavam as lesões em NIC I a displasia leve, NIC II displasia moderada e NIC III displasia grave. A partir de 1990 foi proposta a terminologia em duas categorias NIC de baixo grau (NIC I) e NIC de alto grau (NIC II e NIC III), sendo a última forte indicador de câncer invasor. No ano de 1988, foi promovido um Simpósio nos Estados Unidos onde às recomendações resultantes, ficaram conhecidas como Sistema de Bethesda, a partir dele foi criado o termo lesão intra-epitelial escamosa (SIL), também dividido em Baixo grau (LSIL) e alto grau (HSIL) (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004; Ministério da Saúde, 2006).

As lesões sem displasia e NIC podem regredir, no entanto infecções por HPV persistentes podem evoluir para NICIII e carcinoma invasivo. O tempo médio considerado para a evolução do NIC a lesão de alto grau é 10 anos (NADAL, 2006).

Não existem sintomas que indiquem presença de NIC, no entanto quando expostas ao ácido acético a 3-5% ficam brancas e podem ser iodo negativas na aplicação de Lugol. Ela é identificada no exame microscópico das células cervicais em um esfregaço citológico corado e adquirido através do exame de Papanicolau. As células displásicas apresentam um aumento do núcleo e uma modificação na forma e no tamanho. O diagnóstico final de NIC é através do exame anatomo-patológico de uma biópsia cervical (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004)

3.4.2 Câncer de Colo Uterino

O câncer cervical, no mundo, é a segunda doença maligna mais comum entre as mulheres, no Brasil é considerada a terceira e no Rio Grande do Sul é a quarta causa de óbito entre as mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, INCA, 2004).

A alta taxa de casos de câncer do colo de útero justificam as tentativas de sensibilização para a prevenção, diagnóstico e tratamento. De acordo com o Ministério da Saúde (2006) o número de casos novos esperados para o Brasil, em 2006, é de 19.260, com risco estimado de 20 casos a cada 100 mil mulheres.

Quadro 2 – Número de casos de câncer de colo de útero nas cinco regiões do Brasil

Norte	Sul	Centro-Oeste	Nordeste	Sudeste
22/100.000	28/100.000	21/100.000	17/100.000	17/100.000

Fonte: Ministério da Saúde

Sabe-se que é uma doença crônica que pode ocorrer a partir de mudanças intra-epiteliais que se transformam em processo invasor em um período de 5 a 10 anos. Quando o diagnóstico é precoce, com a ocorrência de lesões precursoras, as NIC e tumores invasores iniciais, a cura é 100%. Um fator importante para o aparecimento de lesões e bastante citado na literatura, é a infecção pelo HPV (Papilomavírus Humano) (ARAÚJO *et al* 2005; ALBRING; BRENTANO; VARGAS, 2006).

O intervalo de progressão de NIC em carcinoma é de 3,2 anos em mulheres soro positivas para HIV, já as soro negativas apresentam 15,7 anos para evolução a câncer invasivo (COELHO *et al* 2004).

O Sucesso dos exames de citopatológicos como uma intervenção de saúde pública, pode ser observado pela progressão lenta de lesões precursoras a câncer invasor pela descoberta cedo, tornando o câncer de útero evitável (SALLOW, 2007).

3.4.3 Fatores de risco para Câncer de colo de útero

Os fatores que predispõe a contaminação por HIV e HPV são os mesmos o que facilita a sua relação. Verifica-se que as duas infecções atingem pessoas de baixo nível socioeconômico, multiplicidade de parceiros, primeira relação sexual precoce, intercurso sexual desprotegido e multiparidade (ARAÚJO *et al* 2004).

Alguns estudos citam que além do HPV, existem outros fatores que favorecem a ocorrência de câncer de colo uterino como, idade precoce da primeira relação sexual, número de parceiros sexuais e quantidade de parceiras dos mesmos. Fatores secundários como o número de partos, uso de contraceptivos orais, tabagismo, alterações imunológicas, nutricionais e infecções cervicais por herpes simples tipo II e clamídia (ZIMMERMANN *et al* 2006).

3.4.4 HPV

Muitos estudos evidenciam que mulheres soropositivas para HIV possuem maiores taxas de infecções ginecológicas. Na literatura existe um consenso de que há associação DNA-HPV com as neoplasias intra-epiteliais cervicais e câncer cervical. É demonstrado que entre 93 e 100% dos carcinomas de células escamosas da cérvix uterina contêm DNA-HPV de alto grau, transmitido durante o ato sexual.

Segundo Araújo *et al* (2004) a infecção pelo HPV em pessoas com HIV progride de acordo com o dano imunológico, ocorrendo uma maior persistência do HPV com a diminuição do CD4 e com o aumento da carga viral.

A contaminação por HPV ocorre pelo contato sexual com um parceiro portador infectado pelo vírus, esse pode estar sintomático ou não. O HPV é um vírus de dupla fita de DNA, pertencente à família do *Papilloviridae* é classificado conforme a espécie de hospedeiro natural e subclassificado em tipos de acordo com as seqüências dos nucleotídeos do DNA (CESAR *et al* 2003). Segundo Zimmermann *et al* (2006) o vírus infecta as células metaplásicas cervicais desencadeando um processo de hiperplasia de células basais. O HPV pode regredir, permanecer como condiloma ou evoluir para neoplasias intra-epiteliais cervicais do tipo I, II,III.

O HPV é uma doença que afeta pessoas de ambos os sexos, principalmente mulheres jovens. A maior parte das infecções desaparecem sem qualquer tratamento, no entanto aquelas que persistem são fortes indicativos de HPV oncogênico que pode levar a lesões intra-epiteliais cervicais (NADAL, 2006).

Existem mais de 40 tipos de HPV que infectam o epitélio genital. Sendo o 16, 18, 31, 33, 35, 39, 46, 51, 52, 56, 58, 59 e 68 os que estão associados ao aparecimento de NIC e neoplasia invasiva.

4 METODOLOGIA

4.1 Campo de Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no SAE (Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS/DST/HTLV de Porto Alegre), vinculado à secretária Municipal de Saúde, localizado no Posto da Vila dos Comerciários. Esta instituição presta serviço ambulatorial, mediante consulta marcada previamente. As consultas são agendadas em um setor de marcação por um auxiliar administrativo.

4.2 Tipo de Estudo

O delineamento escolhido para o estudo foi o transversal documental, onde o fator em estudo foi a prevalência de NIC e o desfecho é a relação com níveis de CD4 e carga viral em pacientes portadoras de HIV/AIDS.

4.3 População e Amostra

A população do estudo foram os registros das pacientes portadoras de HIV/AIDS que realizaram consulta ginecológica no Serviço de Assistência Especializada no período de Abril de 2006 a Abril de 2007, caracterizando amostra por conveniência. Segundo (HULLEY, et al 2003) a amostra por conveniência tem vantagens nítidas em termos de custos e logística, ela minimiza o voluntarismo e o viés de seleção.

4.4 Critério de Inclusão e exclusão

Foram incluídas no estudo, todas as pacientes portadoras de HIV/AIDS que freqüentaram a consulta ginecológica no serviço no período de Abril de 2006 a Abril de 2007 e que fizeram a coleta do exame citopatológico. Os critérios de exclusão foram: ser gestante, ter menos de 18, ser apenas portadora do vírus HTLV ou de outra DST. O último critério de exclusão é importante, uma vez que o serviço é especializado também em DSTS e atende pacientes que possuem o vírus HTLV.

4.5 Coleta de Dados e Instrumentos

A coleta de dados foi realizada através da consulta ao prontuário das pacientes. Foi utilizado um instrumento, estruturado com base num roteiro elaborado pela autora (Apêndice A) baseado no formulário utilizado pelo Dr. Regis Kreitchmann, ginecologista do serviço (Anexo1).

4.6 Análise Estatística

Para a análise das variáveis com distribuição normal foi utilizada estatística descritiva. Análise de Regressão Logística foi realizada para verificar presença/ausência de associação entre os graus de Neoplasias Intra-epiteliais Cervicais e contagem de CD4 e carga viral. Os dados foram analisados com o auxílio do programa de computação *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS-PC Plus para Windows).

4.7 Aspectos Éticos

A coleta iniciou após a emissão de um parecer da COMPESQ (Anexo 2), comissão que avalia os projetos de pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande

do Sul e também do comitê de ética da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, PMPA (Anexo 3). O protocolo foi aplicado pelo próprio pesquisador.

5 RESULTADOS

A amostra foi representada por 262 mulheres portadoras do vírus HIV. Estão apresentados os dados demográficos da população estudada na Tabela 3 São descritas as seguintes variáveis: idade, escolaridade, situação trabalhista, estado civil.

Observou-se um grande número de mulheres jovens, 65% delas brancas, com idade média de 35 (\pm dp 9), sendo que mais da metade, 65% apresentava escolaridade referente ao ensino fundamental, ou seja, em torno de 1 a 8 anos de estudo. A situação de trabalho apresentada pela população foi de 147 indivíduos que não trabalhavam, representando 56 % da amostra.

Tabela 1 - Dados demográficos das pacientes portadoras de HIV no SAE no período de Abril de 2006 a Abril de 2007.

Variável	Frequência
Idade *	35 \pm 9
Cor**	
Branco	171(65)
Afrodescendente	55 (21)
Pardo	36 (13)
Anos de Educação**	
Analfabeto	12 (5)
Fundamental	169 (65)
Médio	74 (28)
Superior	6 (2)
Situação de trabalho**	
Não trabalha	147 (56)
Formal ou informal	77 (29)

*Resultados expressos em média e desvio padrão

**Resultados expressos em frequência e percentual

Na tabela 4 são apresentados dados referentes à vida sexual e reprodutiva das pacientes como: atividade sexual, número de filhos, filhos que possuem HIV positivo.

A situação conjugal quanto ao parceiro, mostrou que 68% das entrevistadas possuíam companheiros fixos. Referente a atividade sexual, foi possível observar que 89% mantíam vida sexual ativa. Apresentavam em média 1 a 3 filhos, sendo que 63% deles, não estavam infectados

pelo HIV, no entanto a análise dessa variável ficou prejudicada, uma vez que 29% dos questionários não foram obtidas resposta para essa questão.

Tabela 2 – Vida sexual e reprodutiva das mulheres portadoras de HIV que freqüentam o SAE.

Variável	Frequência
Companheiro fixo*	150 (68)
Vida Sexual Ativa *	206 (89)
Filhos*	
Sem filhos	12 (4,6)
1-3 filhos	162 (63)
4-6 filhos	37 (19)
≥7 filhos	11 (4)
Filhos com HIV+*	
0 filhos HIV+	165 (63)
1 filho HIV+	19 (7)
2 filhos HIV+	2 (8)
3 filhos HIV+	1 (4)

*Resultados expressos em freqüência e percentual

Os dados clínicos das pacientes estão expostos na Tabela 5. Foram avaliadas as seguintes variáveis: tempo de infecção pelo HIV, exames laboratoriais de CD4 e Carga viral.

Tabela 3 – Dados Clínicos das pacientes que freqüentam o SAE

Variável	Frequência
Anos de doença*	
1-7 anos	155(60)
7-14 anos	98 (38)
14-21	6 (2)
CD4*	
<200	30 (11)
200-499	118 (45)
>500	112 (43)
Carga Viral*	
Indetectável	104 (40)
<10.000	92 (35)
10.000-100.000	52 (20)
>100.000	14 (5)

* Resultados expressos em freqüência e percentual

Observou-se que o tempo médio de infecção pelo HIV nessas pacientes é de 7 anos. Quanto à contagem de CD4, 230 pacientes matem os níveis acima de 200 células/mm³, valores acima da faixa de infecção grave. Observamos que 11% delas estão na fase de perigo da infecção. Verificou-se a existência de 104 pacientes com carga viral indetectável, tendo apenas 5% com valores acima de 100.000 cópias/mm³

A Tabela 6 apresenta dados quanto à terapêutica medicamentosa, analisa as variáveis referentes aos anti-retrovirais e o tempo de uso.

Das pacientes estudadas 67 % não usa terapia anti-retroviral. Observa-se que entre as que usam ARV'S, 16% utilizam a mais de 8 anos, sendo que 40% usam há 7 anos.

Tabela 4 – Terapia anti-retroviral

Variável	Frequência
Não usa ARV'S*	176 (67)
Anos de uso dos ARV'S*	
1-3	68 (26)
4-6	45 (17)
7	106 (40)
> 8	42 (16)

*Resultados expressos em frequência e percentual

Os dados referentes a fatores ginecológicos como resultado de exame citopatológico do colo uterino para avaliação da existência de neoplasias intra-epiteliais cervicais estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 5 – Dados referentes a variáveis ginecológicas da pacientes com HIV do SAE.

Variável	Frequência
Resultado CP*	
Negativo	229(89)
ASCUS	8 (3)
Lesão de baixo grau	23 (9)
Lesão de alto grau	1 (4)
Carcinoma invasor	0 (0)

*Resultados expressos em frequência e percentual.

Verificamos que 89% das pacientes apresentou exame citopatológico de colo uterino negativo para neoplasias intra-epiteliais cervicais, foi observado também que não houve aparecimento de carcinoma invasor entre essa população

Para identificar a relação entre a infecção pelo HIV e o aparecimento de NIC, foi realizada uma regressão logística, utilizando as lesões intra-epiteliais cervicais como desfecho e níveis de CD4, carga viral, atividade sexual, ter companheiro, tempo de infecção e anos de estudo como cofatores. Observou-se que somente os níveis de CD4 apresentaram uma relação significativa à ocorrência de NIC.

Então se verifica que existe uma relação de menor à ocorrência de NIC à medida que as mulheres apresentam maior valor nos níveis de CD4. (OR= 0,998; IC=95% 0,996 A 0,999; P= 0,006).

6 DISCUSSÃO

A amostra se refere a 262 mulheres atendidas em um Serviço de Assistência especializada de Porto Alegre. As pacientes são portadoras do vírus da Aids e foram atendidas na consulta ginecológica dentro do período de abril de 2006 a abril de 2007.

Verificou-se através dessa amostra que as pacientes tem idade mínima de 18 e máxima de 68, são jovens com idade média de 35 anos. Segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (2006) a idade das mulheres com HIV no Brasil concentra-se na faixa entre 29 e 34 anos. As mulheres do estudo são 65% brancas, 21% negras e 13% pardas. Os dados do Ministério da Saúde no ano de 2006, mostram que no Brasil 55% são brancas, 13% negras 32% pardas.

A amostra aponta que os sujeitos possuem baixa escolaridade, sendo que mais da metade, 56% não trabalham. Diante desse cenário, percebemos que o HIV está afetando uma população que possui dificuldade de acesso a informação e que mesmo sem a presença da contaminação já é considerada uma parcela sujeita a exclusão social, ou seja, mulheres pobres e com baixo nível de instrução. O baixo nível socioeconômico, além de fator de risco para a contaminação pelo HIV, dificulta a abordagem terapêutica das mulheres contaminadas (SILVEIRA; SANTOS, 2005)

Paiva (2002) em um estudo onde foram entrevistadas 1068 mulheres com HIV/Aids, atendidas em três grandes centros de referência de São Paulo encontrou dados semelhantes a essa pesquisa como: média de idade das entrevistadas de 36 anos, variando entre 18 e 67 anos; brancas; sem trabalho e metade com a 8 série do ensino fundamental. Fry (2007) mostra que a Aids se disseminou entre as comunidades pobres, principalmente entre as mulheres, com pouca educação formal que exercem ocupações mal-remuneradas ou distantes do mercado de trabalho.

Não bastando às dificuldades enfrentadas pela doença essas mulheres encontram um grande obstáculo que é a inclusão social, a busca por um trabalho que possa trazer seu sustento e de seus filhos. A amostra traz que 56% das mulheres não trabalham, sendo que das que trabalham 6% realizam trabalho informal sem garantias de aposentadoria ou remuneração futura.

Quanto à vida sexual, verifica-se que 89% delas tem vida sexual ativa e dentre essas 68% possui parceiro fixo. O número elevado de mulheres sem um único companheiro favorece a contaminação de novos parceiros e a recontaminação das pacientes o que favorece o aparecimento de vírus mais resistentes e a inativação dos esquemas da terapia anti-retroviral usada. Paiva (2002) mostrou em seu estudo que 54% das entrevistadas possuíam parceiro fixo.

Das mulheres dessa amostra 86% tem filhos, tendo em média 1 a 3 filhos, algumas tiveram mais de 7, sendo em torno de 4%. Santos (2002) apresentou em seu estudo dados semelhantes aos encontrados, aponta que a maioria das mulheres (76%) tinham filhos e a média era de dois filhos, mas algumas tiveram mais de sete filhos também.

Foi encontrado que 47 % dos filhos das mulheres dos SAE estão infectados pelo HIV, embora esse dado tenha sido prejudicado pelo grande número de ausências de respostas. No entanto, apesar de todas essas dificuldades, nos últimos anos, a incidência de casos de Aids em crianças vem decrescendo progressivamente em nosso país. A literatura traz que as taxas de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 20% e com níveis entre zero e 2%, com o uso de anti-retrovirais, cesariana eletiva e suspensão do aleitamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Alguns estudos mostram que mesmo com as intervenções disponíveis para a redução da transmissão vertical, ainda existem obstáculos como: dificuldade em promover o diagnóstico laboratorial do HIV, cobertura insuficiente de mulheres testadas no pré-natal, uma baixa qualidade do pré-natal, administração de zidovudina injetável no momento do parto em níveis insuficientes, ou seja, menos de 50% dos partos do total de mulheres soropositivas para HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Os dados clínicos das pacientes mostraram que 60% delas estão contaminadas entre 1 a 7 anos. Nos exames de CD4, observamos que 11% delas apresentam valores abaixo de 200 células/mm³ o que é indicativo da gravidade da doença. A contagem de CD4+ é utilizada internacionalmente como marcador do status imunológico dos indivíduos. Quanto mais próxima de 200 células/mm³ estiver a contagem de CD4+, maior é o risco de progressão para Aids, especialmente se associada à carga viral plasmática elevada (maior que 100.000 cópias/mm³) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Quanto à carga viral 40% apresentam seus exames indetectáveis, ou seja, a viremia está controlada nessas pacientes.

Observa-se que mais da metade da amostra não faz uso de anti-retrovirais. Segundo Moore *et al* (2002) a HAART pode ter melhorado o prognóstico da Aids, no entanto seus efeitos sobre as NIC ainda estão sob investigação. Araújo *et al* (2004) revelou que a HAART pode ter relação com as NIC de duas formas: por prolongar vida do paciente pode aumentar o tempo de exposição ao HPV mutagênicos e o aparecimento de NIC e por diminuir a carga viral passa a melhorar o sistema imune do paciente, controlando o HIV, conseqüentemente esse atuará no curso do HPV.

Nos resultados dos exames citopatológicos de colo uterino verificou-se que 89% das pacientes apresentaram resultados negativos para neoplasias intra-epiteliais cervicais, não sendo apresentado nenhum resultado de carcinoma invasivo. Entre as alterações observadas 9% apresentaram lesões pré-invasivas de baixo grau e 4% de alto grau. A inexistência de pacientes com carcinoma invasor e o grande número de resultados de exames negativos par neoplasias pode estar associado ao fato da amostra ser considerada aderente. Uma vez que grande parte delas são puérperas que realizaram o pré-natal e retornaram para a revisão e/ou mulheres rastreadas durante a consulta médica e de enfermagem que foram encaminhadas. Os indivíduos desta pesquisa diferenciam-se dos encontrados em alguns estudos, por se tratar de mulheres que freqüentam a consulta ginecológica, não sendo uma amostra selecionada entre todas as pacientes que possuem o vírus.

Este estudo mostra que não há relação significativa com os co-fatores selecionados e a NIC. No entanto foi possível observar que ter níveis de CD4 mais altos diminuem as chances de apresentação de lesões intra-epiteliais cervicais. Então pode-se dizer que o CD4 elevado funciona como protetor contra essas lesões. Os níveis de CD4 mais elevados apresentados pelas pacientes podem estar relacionados ao uso correto do tratamento anti-retroviral e por se tratar de pacientes com pouco tempo de infecção, onde ainda não existe a manifestação da fase crítica da doença.

Em um estudo realizado pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, foram comparadas quanto ao aparecimento de NIC, mulheres positivas e negativas para HIV. Verificou-se que nas portadoras do vírus o aparecimento dessas lesões era quatro vezes maior que no grupo não portador (AUGE, 2000). Estudos recentes demonstram maiores chances de NIC em pacientes portadoras de HIV, porém existem poucos, mostrando a associação entre a imunidade e a quantidade de vírus das pacientes.

Em um estudo realizado em Minas Gerais para ver associação de CD4 e gravidade de NIC, mostra que a contaminação pelo HIV aumenta a chance de desenvolver NIC, no entanto não há relação entre a imunidade e a gravidade das lesões, não foi observado diferenças nos valores de CD4 das pacientes com NIC de baixo grau ou alto grau (Zimmermann, 2006).

Estudos mostram a relação de carga viral elevada e NIC nos exames citopatológicos, mas ainda não está estabelecida a relação da gravidade das lesões e a contagem de células de CD4, (COELHO *et al* 2004). Segundo um estudo transversal realizado por Araújo (2004) com 134 mulheres HIV-positivas para verificar se a contagem de linfócitos T CD4+ e a

carga viral do HIV mostrou que houve evidência de associação entre a carga viral de HIV e o grau de NIC citopatológico, com tendência a maior grau de NIC nas pacientes com maior carga viral. A contagem de linfócitos T CD4+ não influenciou no aparecimento da NIC.

Pode-se verificar que esse tema é bastante controverso, existem poucos estudos e os que são encontrados trazem resultados opostos. Portanto é necessário trabalhos com maior número de pacientes para estabelecer a verdadeira associação existente entre a contagem dos linfócitos T CD4+ e a quantificação da carga viral do HIV na origem e progressão da NIC em mulheres soropositivas para o HIV.

7 Limitações do Estudo

A coleta de dados ficou prejudicada em alguns prontuários quanto as variáveis que perguntavam sobre estado civil, vida sexual, número de filhos e filhos portadores de HIV. Esses dados não estavam disponíveis muitas vezes.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, não só identificou a associação das neoplasias intra-epiteliais cervicais com os exames laboratoriais de rotina das pacientes, mas também permitiu estabelecer o perfil das mulheres que freqüentam o SAE. Percebe-se que estamos diante de uma população predominante jovem, com baixo nível de escolaridade e que não possuem emprego. Observa-se um grupo sexualmente ativo, com grande número de filhos e muitos deles infectados pelo HIV. Diante desse quadro é inevitável perceber que os programas de saúde devem direcionar-se cada vez mais a campanhas que objetivem instruir-las quanto a recontaminação, método anticoncepcional, transmissão vertical. Essa situação solicita projetos para a reintegração social que busquem formas fáceis e práticas de geração de renda que aumentem a auto-estima dessas pacientes.

Os resultados encontrados quanto a menor ocorrência de NIC à medida que as mulheres apresentam maior valor nos níveis de Cd4, demonstram a necessidade de trabalhar cada vez mais a adesão aos anti-retrovirais para aquelas que usam. Sendo também importante enfatizar a freqüência às consultas ginecológicas para que sejam identificadas alterações precoces caso existam. Além de trabalhar a assiduidade as consultas com infectologista para controlar a evolução da doença, monitorando a viremia e a imunidade.

É necessário pesquisar cada vez mais na área da saúde da mulher direcionada a pacientes HIV, uma vez que elas são as maiores vítimas da contaminação heterossexual e representam uma parcela significativa dos casos notificados. Outro fator importante para dar seguimento aos estudos é a importância que a mulher vem tendo como ser social, não só como genitora, mas pelo espaço que vem ocupando nos últimos tempos, assumindo a linha de frente como “chefe da família”.

REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F. A.; GUIMARAES, M. D. Crosland Accessibility to health services by HIV-infected patients: a literature review. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>>. Acesso em: 22 de Setembro de 2007.
- 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. **RBAC**, Santo Ângelo, vol. 38, n.2, 87-90, 2006.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST, 2006. Disponível em: <<http://www.acog.org>>. Acesso em 8 de abril 2007.
- ARAUJO, A. C. L.; MELO, V. H.; CASTRO, L. P. F; *et al.* Associação entre a carga viral e os linfócitos T CD4+ com as lesões Intra-epiteliais do colo uterino em mulheres infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 8 de abril 2007.
- AUGE, A, P, F.; PIATO, S.; FRADE, A, B; *et. al.* Frequência de Neoplasia Intra-epitelial Cervical em Portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 22, nº 9, 2000.
- BARROSO, L. Adesão ao tratamento com anti-retrovirais entre pacientes com aids em Fortaleza-CE. **Online braz j nurs**, Niterói, vol.5, n.2, abr, 2006.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. AIDS/DST. Ano III, nº 01-01 à 26^a semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2006.
- CAMPOS, R, R.; MELO, V, H.; CASTILHO, D, M, D; *et al.* Prevalência do papilomavírus humano e seus genótipos em mulheres portadoras e não-portadoras do vírus da imunodeficiência humana. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 27, n. 5, 56-248, 2005.
- CANINI, S. R. M.S; *et al.* HIV/AIDS patients' quality of life. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, 2004 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 8 de abril 2007.
- CARACIOLO, J, M, M; *et al.* Manual Boas práticas de Adesão-HIV/AIDS. **Sociedade Brasileira de Infectologia**. São Paulo, 2003.
- CDC (Centers Disease Control and Prevention). The Global HIV/AIDS Pandemic, **MMWR-Weekly**, v.55, n.31, 841-844, Agosto, 2006. Disponível em: <<http://www.aegis.com>>. Acesso em: 08 de abril de 2007

CECCATO, Maria; et al. HIV patients' understanding of information on antiretroviral therapy. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n. 5, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 30 de Setembro de 2007.

CESAR, J, A; *et al.* Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 09 de abril 2007.

COELHO, R, A; et al . Association of cervical intraepithelial neoplasia with CD4 T cell counts and viral load in HIV-infected women. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, 2004 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 07 de Outubro de 2007.

COLOMBRINI, M. R. C.; LOPES, M, H, B, M.; FIGUEIREDO, R, M. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. **Rev Esc Enferm USP**, vol.40, n.4, p. 576-81, 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br>>. Acesso em: 03 maio 2007.

FIGUEIREDO, R, M; *et al.* Adesão de Pacientes com AIDS ao tratamento com antiretro-virais: Dificuldades Relatadas e Proposição de Medidas Atenuantes em um Hospital Escola. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.4, 5- 50, julho, 2001.

FRY, Peter H; *et al.* Does AIDS have a race or color? Data interpretation and health policymaking in Brazil. **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 15 Oct 2007.

GARCIA, Rosa; *et al.* Lack of effect of motivation on the adherence of HIV-positive/AIDS patients to antiretroviral treatment. **Braz J Infect Dis**, v. 9, n. 6, Salvador, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 23 de abril de 2007.

GIR, Elucir.; VAICHULONIS, Carla.; OLIVEIRA, Marcela. Adhesion to anti-retroviral therapy by individuals with HIV/AIDS attended at an institution in the interior of São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.13, n.5, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 23 abril 2007.

GRECO, D; NEUES, M, C. O Profissional de Saúde Infectado pelo HIV—Direitos e Deveres. **BIOÉTICA** - - Vol 1 nº 1, Brasília. Conselho Federal de Medicina, 1993.

GUIMARAES, Mark Drew Crosland. Temporal trends in AIDS-associated opportunistic infections in Brazil, 1980-1999. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>>. Acesso em: 22 Sep 2007.

HAEER,H ,W. **Tratado de Ginecologia**. V.3, São Paulo: Roca LTPA, 3ed, 2000, p.2120-2145.

HACKENHAAR, A, A; CESAR, J, ^a; DOMINGUES, M, R. Exame Citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 1, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>> Acesso em: 24 de setembro de 2007.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a Pesquisa Clínica Uma Abordagem Epidemiológica.** São Paulo: Artmed, 2003, p 374.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER; Ministério da Saúde. **Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2005. Disponível em: www.inca.gov.br. Acesso em: 24 de setembro de 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER; Ministério da Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003.** Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2004. Disponível em: www.inca.gov.br. Acesso em: 24 de setembro de 2007.

LARNHOU, N, C.; MORSE, A, N. **Manual de Ginecologia e obstetrícia do Johns Hopkins.** São Paulo: Artmed, 2001, p 384-423.

MACHADO, A; Costa, J,C. Métodos Laboratoriais para o Diagnóstico da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (Hiv). **Medicina, Ribeirão Preto.** v. 32,138-146, abr./jun, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Boletim Epidemiológico -. **Semanas Epidemiológicas Janeiro a Junho de 2006.** Aids e DST Ano III - nº 1 - 01ª - 26ª de 2006. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso: 26 de maio 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes.** Brasília – DF. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV** - Brasília – DF, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde.** Ministério da Saúde, Brasília,DF, 2006. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/>>. Acesso em 26 de maio de 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é HIV.** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/>>. Acesso: 8 de abril 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico** - Ano XVI, nº 01, AIDS 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV:2006.** Brasília, DF. 2006.

MALTA, M.; PETERSEN, M, L.; CLAIR, S; *et al.* Aderência à terapia anti-retroviral: um estudo qualitativo com médicos no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>>. Acesso em: 05 de abril de 2007.

MOORE, A, L; *et al.* Highly active antiretroviral therapy and cervical intraepithelial neoplasia. **AIDS official journal of the internacional aids society**. V.16, n.12, p 927-929, 2002.

NADAL, S. Vacinas Contra o Papiloma Virus Humano. **Rev bras Coloproct**, V. 26, n.3, 338, Julho/Setembro, 2006.

NOCE, C. W. **O efeito da terapia anti-retroviral na prevalência das manifestações bucais associadas à infecção pelo HIV/aids**. Niterói, 2006. Disponível em <http://www.btdt.ndc.uff.br> Acesso em 30 setembro de 2007.

PAIVA, V.; LATORRE, M. R.; GRAVATO, N; *et al.* Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Nov./Dec. 2002, vol.18, no.6, p.1609-1619

PINTO, A. P.; SIUMARA. P.; CRUZ, O R. Co-fatores do HPV na Oncogênese Cervical. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v.48, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 23 Jun 2007.

PINTO, A. P; *et al.* Investigação do valor da categoria diagnóstica de células epiteliais atípicas, de significado indeterminado, e origem indefinida da nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**vol.42, no.2, p.133-141,2006.

POWDERLY, W, G. **Manual de Terapêutica de HIV**. São Paulo: Artemd, 2001, p 326.

RODRIGUES-JUNIOR, Antonio Luiz.; CASTILHO, Euclides Ayres de. The AIDS epidemic in Brazil, 1991-2000: space-time description. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** Uberaba, v. 37, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 23 June 2007.

REMON, E, A. Aspectos Psicossociais na Era dos Novos Tratamentos da AIDS. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. V. 18, n. 3, 283-287, Set-Dez, 2002.

REMOR, Eduardo Augusto. Psychological approach to AIDS based on the cognitive-behavioral model. **Psicol. Reflex.Crit.** v.12, n.1, Porto Alegre 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 22 de Setembro de 2007.

SANTOS, N. J. S; *et al.* Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev. Saúde Pública**, Aug. 2002, vol.36, no.4, suppl, p.12-23.

SELLORS.J.W. SANKARANARAYANAN, R. **Colposcopia e tratamneto da neoplasia intra-epitelial cervical: Manual para principiantes**. Whashington, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CITOPATOLOGIA. **Nomenclatura brasileira para laudos de citopatologia cervical uterina.** 2001. Disponível em: <<http://www.citopatologia.org.br/nclatura.htm>>. Acesso em: 22 de Setembro de 2007.

SOUZA, M.; ALMEIDA, M. Drogas anti-VIH: passado, presente e perspectivas futuras. **Quím. Nova.** v.26, n.3, p.366-372, Maio/Junho, 2003.

SANTOS, N. J. S; *et al.* AIDS in the State of São Paulo: changes in the profile of the epidemic and prospects for epidemiological surveillance. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 5, n. 3, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 23 June 2007.

SILBERNAGL. S; LANG .F . **Fisiopatologia texto e Atlas.** São Paulo: Artmed, 2003,406pg

SANCHES, K. A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade. **Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública**, p. 143, 1999.

SASLOW, D; *et al.* American Cancer Society Guideline for Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Use to Prevent Cervical Cancer and Its Precursors. **A Cancer J Clin.** American Cancer Society; 57:7-28. 2007.

SILVEIRA, M. F. S.; SANTOS, I, S. Perfil de Mulheres Hiv Positivo Atendidas no Serviço de Assistência Especializada da Faculdade de Medicina – Ufpel. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, v.17, n.4, p.295-300, 2005.

UNIAIDS. Epidemicupdate: December. Disponível em: http://www.who.int/hiv/mediacenter/2006_EpiUpdate_en.pdf>. Acesso em: 01 de outubro de 2007.

UNAIDS. **O Sida e a Infecção por Vírus Hiv: Informação para os Funcionários das Nações Unidas e suas Famílias.** 21:42, Genebra, Suíça, 1999. Disponível em:<<http://Data.Unaids.Org/Publications/>>. Acesso em 22 de setembro de 2007.

VERMELHO, L.; BARBOSA, R.; NOGUEIRA, S. Women with AIDS: disclosing risk stories. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>>. Acesso em: 23 de Setembro de 2007.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia.** V. 1, São Paulo: Atheneu, 1997, p 83-100.

VITÓRIA, M. A. Conceitos e recomendações básicas para melhoras a adesão ao tratamento anti-retroviral. **Ministério da Saúde**, Brasília, 1998. Acesso em: 02 outubro de 2003. Disponível em: <<http://www.aids.gov.Br/assistência/adesaoarv.html>>.

ZIMMERMANN, J. B; *et al.* Associação entre a contagem de linfócitos T CD4+ e a gravidade da neoplasia intra-epitelial cervical diagnosticada pela histopatologia em mulheres infectadas pelo HIV. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 05 de Maio de 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, EXECUTIVE BOARD EB117/6, 117th Session 8, Provisional agenda item 4.5, December 2005

WORLD HEALTH ORGANIZATIO. **Important Progress Seen In Tackling AIDS, But Epidemic Continues To Outpace Response, Says New Comprehensive Global AIDS Update.** New York, 30 Maio, 2006. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 08 de abril de 2007.

APÊNDICE A - Protocolo de Pesquisa

Pesquisa NIC e HIV

Nome: _____ Data: ____/____/____
 Endereço: _____
 Numero do Prontuário: _____ Telefone: _____
 Idade: _____ em anos completos.
 Vida sexual: () 1-ativa () 2 – inativa ; Há quantas semanas? _____
 Estado civil: () 1- casada () 2- vive com companheiro () 3- viúva
 () 4 - sem companheiro fixo
 Tem filhos? () 1 – sim () 2- não; Quantos? _____ HIV + () Sim () Não
 Está trabalhando? () 1- sim () 2-não; Se positivo, qual atividade?

 Cor: () 1- branco () 2- preto () 3- Pardo () 4- amarelo () 5- indígena
 Número de anos completos de estudo: _____
 Já esteve internada? () 1- sim () 2 – não; Se positivo,
 Quantas vezes? _____ e por quê? _____
 Sorologia para o HIV: () 1-Positiva () 2- Negativa
 Data do exame: ____/____/____
 CD4: _____ cel/mm3 data: ____/____/____
 Carga Viral: _____ cópias/ml data: ____/____/____
 HAART em uso () 1- Sim () 2- Não
 Data do início da HAART (Terapia ARV potente): ____/____/____
 Quais ARV'S usa? _____
 Resultado do CP:
 () 1- Negativo () 2- ASCUS () 3- NIC I () 4- NIC II () 5- NIC III
 () 6- Câncer invasor data: ____/____/____
 Resultado Anterior de CP:
 () 1- Negativo () 2- ASCUS () 3- NIC I () 4- NIC II () 5- NIC III
 () 6- Câncer invasor () Outro _____
 Data: ____/____/____
 Tratamento realizado: _____ data: ____/____/____
 Resultado de Biópsia: _____
 Data: ____/____/____
 Data: ____/____/____
 Resultado de Biópsia: _____
 Data: ____/____/____

ANEXO 1- Formulário (Dr. Regis Kreitchmann)

Centro Municipal de DST/AIDS de Porto Alegre-Pesquisa NIC e HIV

Nome: _____

Endereço: _____

Numero do Prontuário: _____

Idade: _____ anos Cor: 1branca não branca

Última série escolar completada: _____ série do _____ grau

Sorologia para o HIV: ()Positiva ()Negativa data do exame: __/__/__

CD4: _____ cel/mm3 data: __/__/__

Carga Viral: _____ cópias/ml data: __/__/__

HAART em uso () Sim () Não

Data do início da HAART (Terapia ARV potente): __/__/__

Resultado do CP:

()Negativo ()ASCUS ()NIC baixo grau ()NIC alto grau

() Câncer invasor data: __/__/__

Tratamento realizado: _____ data: __/__/__

Resultado de Biópsia: _____

Data: __/__/__

data: __/__/__

Resultado de Biópsia: _____

Data: __/__/__

ANEXO 2- Carta de Aprovação COMPESQ/ENF

UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL



**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto TCC: Nº 21
Versão julho /2007


Pesquisadores: Daila Alena Raenck da Silva e Sônia B. C. de Souza

Título: Relação entre neoplasias intra-epiteliais cervicais com a contagem de CD4 e carga viral em pacientes HIV/AIDS de um serviço de atenção especializada de Porto Alegre.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ) no uso de suas atribuições aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação no qual constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicada à Comissão.

Porto Alegre, 09 julho de 2007.

Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider
Coordenador Substituto da COMPESQ Enf UFRGS



Prof. Dra. Lilian Codova do Espirito Santo
Coordenadora da COMPESQ/ENF

ANEXO 3 – Parecer da Prefeitura Municipal de Porto Alegre - PMPA



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Sônia Beatriz Cocaro de Souza

Equipe executora:

Registro do CEP: 210 **Processo N°.** 001.037495.07.0

Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – SAE Centro de Saúde Vila dos Comerciários

Utilização: PRONTUÁRIOS

Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou no dia 28/08/2007 o processo N°.001.037495.07.0, referente ao projeto de pesquisa: “**Relação entre neoplasias intra-epiteliais cervicais como contagem de CD4 e carga viral em paciente HIV-AIDS de um serviço de atenção especializada de Porto Alegre**”, tendo como pesquisador responsável Sônia Beatriz Cocaro de Souza, cujo objetivo é “Geral: Conhecer a prevalência de neoplasias intra-epiteliais cervicais num Serviço de Atenção Especializado e verificar a presença/ausência de relação com a contagem de CD4 e carga viral em pacientes portadoras de HIV-AIDS”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE

Porto Alegre, 28/08/07

Elen Maria Borba
 Coordenadora do CEP