

Marcadores de vulnerabilidad al cáncer de cuello uterino en mujeres infectadas por el HIV

Daniele Mary Silva de Brito¹

Marli Teresinha Gimenez Galvão²

Maria Lúcia Duarte Pereira³

Se objetivó identificar las dimensiones y los marcadores de vulnerabilidad entre mujeres infectadas por el HIV, en el caso del desarrollo del cáncer cérvico uterino. Participaron 76 mujeres, infectadas por el HIV, de octubre de 2007 a junio de 2008, atendidas en Fortaleza, estado de Ceará, en Brasil. La entrevista semiestructurada propició evaluar datos sociodemográficos, clínicos, sexuales y situaciones relacionadas al seguimiento en salud y a la prevención contra cáncer cérvico uterino. Los datos posibilitaron el agrupamiento de situaciones indicadas en las dimensiones y marcadores de vulnerabilidad. Las mujeres infectadas por el HIV presentan diferentes situaciones que las tornan vulnerables al desarrollo del cáncer de cuello uterino, ligadas a las dimensiones individual, programática y social. Se concluye que esta población es vulnerable al cáncer de cuello uterino y que son necesarias acciones preventivas específicas, para ofrecer informaciones asociadas a la detección precoz de la enfermedad, mejorar el nivel de conocimiento, estimular el autocuidado y mejorar la calidad de los servicios de salud destinados a esa clientela.

Descriptores: Vulnerabilidad; Neoplasias del Cuello Uterino; Mujeres; VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

¹ Enfermera, Doctora en Enfermería, Hospital São José de Doenças Infecciosas, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: danemel6@hotmail.com.

² Enfermera, Doctora en Enfermedades Tropicales. Profesora, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: marligalvao@gmail.com.

³ Enfermera, Doctora en Enfermería, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: luciad029@gmail.com.

Correspondencia:

Marli Teresinha Gimenez Galvão
Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem
Departamento de Enfermagem
Rua Alexandre Baraúna, 1115
Bairro: Rodolfo Teófilo
CEP: 60430-160 Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: marligalvao@gmail.com, marli@ufc.br.

Marcadores de vulnerabilidad ao câncer de colo do útero em mulheres infectadas pelo HIV

Objetivou-se identificar as dimensões e os marcadores de vulnerabilidade entre mulheres infectadas pelo HIV, para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino. Participaram 76 mulheres, infectadas pelo HIV, de outubro de 2007 a junho de 2008, atendidas em Fortaleza, CE, Brasil. Entrevista semiestruturada propiciou avaliar dados sociodemográficos, clínicos, sexuais e situações relacionadas ao seguimento em saúde e à prevenção contra câncer cérvico-uterino. Os dados possibilitaram o agrupamento de situações indicadas nas dimensões e marcadores de vulnerabilidade. As mulheres infectadas pelo HIV possuem diferentes situações que as tornam vulneráveis ao desenvolvimento do câncer de colo uterino, ligadas às dimensões individual, programática e social. Conclui-se ser essa população vulnerável ao câncer de colo do útero e serem necessárias ações preventivas específicas, para fornecer informações associadas à detecção precoce da doença, melhoria do nível de conhecimento, estímulo ao autocuidado e melhoria da qualidade dos serviços de saúde destinados a essa clientela.

Descritores: Vulnerabilidade; Neoplasias do Colo do Útero; Mulheres; HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

Markers of Vulnerability for Cervical Cancer in HIV-infected Women

This study identifies the dimensions and markers of vulnerability among women infected with HIV regarding the development of cervical cancer. A total of 76 HIV-infected women cared for in Fortaleza, CE, Brazil from October 2007 to June 2008 participated in the study. Semi-structured interviews were used to collect socio-demographic, clinical, and sexual data, as well as situations related to health care follow-up and the prevention of cervical cancer. Identified situations were grouped according to the dimensions and markers of vulnerability. HIV-infected women experience different situations linked to individual, programmatic and social dimensions that leave them vulnerable to the development of cervical cancer. The conclusion is that this population is vulnerable to cervical cancer and specific preventive actions are necessary to supply information associated with early detection, improve knowledge, encourage self-care, and improve the quality of health services directed to this population.

Descriptors: Vulnerability; Uterine Cervical Neoplasms; Women; HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome.

Introducción

El surgimiento de la epidemia de SIDA fue un fenómeno determinante para investigadores y profesionales de salud repensar el concepto de riesgo. De ese modo, propusieron la utilización del concepto de vulnerabilidad para las personas infectadas por el HIV/SIDA como estrategia de superación del enfoque de riesgo, considerado concepto insuficiente para explicar la ocurrencia de la enfermedad⁽¹⁻²⁾.

Las mujeres infectadas por el HIV presentan mayor vulnerabilidad para adquisición del cáncer de cuello

uterino⁽³⁾, en función de la inmunosupresión inducida por el HIV, que aumenta la susceptibilidad a las enfermedades oportunistas⁽⁴⁻⁵⁾. La literatura es enfática al divulgar que el estado de inmunosupresión del hospedero, en el caso la mujer con HIV, produce la evolución de las lesiones cervicales con mayor grado de severidad⁽⁴⁻⁵⁾. En función de la rápida evolución del cáncer cervical, esa neoplasia fue la primera enfermedad de género específico a ser incluida en la definición de caso de SIDA en el mundo⁽³⁾.

En Brasil, el Ministerio de la Salud indica el rastreo

del cáncer cervical mediante el examen citopatológico como estrategia para la prevención contra cáncer de cuello uterino. Ese examen preventivo ha reducido las tasas de incidencia de cáncer cervical invasor a proporciones de hasta 90%⁽⁶⁾.

Las mujeres infectadas por el HIV están expuestas a diferentes situaciones de vulnerabilidad al cáncer de cuello uterino, destacándose: falta de conocimiento sobre el cáncer cervical entre la población y entre los profesionales de la salud, ausencia o poca calidad de programas de detección precoz de cáncer, acceso limitado a los servicios de salud y falta de sistemas para referencia en el acompañamiento de casos⁽⁷⁾.

Delante de eso, hay necesidad de identificar la vulnerabilidad a la cual están expuestas las mujeres infectadas por el HIV. Según los investigadores, ciertas situaciones conducen a los individuos a volverse más vulnerables en determinadas ocasiones. En el ámbito del SIDA, la literatura presenta un modelo referencial⁽⁸⁾ y de marcadores de vulnerabilidad⁽⁹⁾.

La vulnerabilidad envuelve tres dimensiones o planos interrelacionados: la dimensión individual, la programática y la social⁽⁸⁾. A partir de esas dimensiones, fueron propuestos marcadores de vulnerabilidad, posibilitando identificar situaciones de enfermedad que se encuentran referidos en cada una de las dimensiones, o sea, en la individual, en la programática y en la social⁽⁹⁾.

En lo relacionado a la infección por el HIV, la dimensión individual abarca cinco subgrupos: conocimientos y significados del SIDA, características personales y relacionales, impacto del diagnóstico, recursos disponibles (personales y experiencias que interfieren en el enfrentamiento) y modo de enfrentamiento (prácticas y comportamientos). En la dimensión programática constan los programas de prevención y de asistencia y el acceso a los medios de control, relacionados a la estructura y dinámica de organización de los servicios de salud y a la operacionalización de las acciones. Esa dimensión es subdividida en dos subgrupos: 1) estructura y dinámica de organización del servicio de salud y 2) operacionalización de las acciones⁽⁹⁾.

En lo referente a los marcadores de vulnerabilidad, en la dimensión social, se incluyen las condiciones de organizaciones sociales gubernamentales, o no, relacionadas al SIDA, a las relaciones de género y al aparato jurídico/político. Tales factores se reflejan directa e indirectamente en la vulnerabilidad de personas infectadas por el HIV.

Ante las diferentes dimensiones de vulnerabilidad⁽⁸⁾ y respectivos marcadores, se cuestiona: ¿Cómo se presentan las dimensiones de vulnerabilidad de mujeres

infectadas por el HIV, para el desarrollo del cáncer del cuello de útero?

En esa perspectiva, se objetivó en este estudio identificar las dimensiones y los marcadores de vulnerabilidad entre mujeres infectadas por el VIH, para el desarrollo del cáncer cérvico uterino, acompañadas en servicio de referencia, en la ciudad de Fortaleza, estado de Ceará.

Método

Se desarrolló un estudio transversal. Se trata de una investigación que estudia un fenómeno en un determinado momento, examinándose, en los integrantes de la casuística, la presencia o ausencia de exposición y la presencia o ausencia del efecto⁽¹⁰⁾. En ese caso, se estudiaron los marcadores de vulnerabilidad al cáncer de cuello uterino en mujeres infectadas por el HIV.

El estudio fue desarrollado en el Instituto de Prevención del Cáncer (IPC), en Fortaleza, CE, Brasil. Participaron 76 mujeres infectadas por el HIV, atendidas de octubre de 2007 a junio de 2008. No hubo recusas para participación en el estudio, de ese modo, la muestra fue constituida por el universo de mujeres infectadas por el HIV atendidas en el IPC, en el período.

Para inclusión de las mujeres, se adoptó: edad ≥ 18 años, aceptar participar voluntariamente de la investigación, no tener historia anterior de cáncer cervical y no haber sido sometida a la histerectomía total.

Para la recolección de datos, se utilizó un formulario semiestructurado, cuyas variables posibilitaron evaluar los diferentes aspectos de la vida de la mujer que incluía cuestiones sociodemográficas, sexuales, de acompañamiento de la infección por el HIV y de la prevención del cáncer cérvico uterino.

Como variables sociodemográficas del estudio, se incluyeron: edad, procedencia, grado de instrucción, criterio de clasificación económica de Brasil (CCEB), renta familiar, situación ocupacional y religión. Las variables relacionadas a la enfermedad fueron: estado de la infección, categoría de exposición, resultado del conteo de los linfocitos TCD4, uso de antirretroviral y frecuencia a las consultas al infectólogo.

En las preguntas inherentes a la sexualidad, las variables fueron: número de compañeros sexuales en los últimos 12 meses, tipo de relación, convivencia con el compañero, uso de preservativo y conocimiento de la serología anti-HIV del compañero. Las variables relacionadas a las preguntas ginecológicas fueron: menarca, coitarca, tiempo del último examen de prevención, examen posdiagnóstico de VIH, periodicidad

de la realización del examen de prevención, acceso al sistema de salud para realización del examen, local del último examen, informaciones y encaminamiento del examen por profesionales de salud, historia y tipo de infecciones sexualmente transmisibles.

Las variables relacionadas al resultado del examen preventivo de cáncer cervical (Papanicolau) fueron: prueba de Schiller, presencia de lesiones condilomatosas visibles, encaminamiento para colposcopia pos-resultado. Para el diagnóstico descriptivo de la recolección, se utilizó la nomenclatura brasileña del resultado del examen de prevención: atipias celulares en células escamosas y en células glandulares.

Cada una de las respuestas de las variables (cuantitativa y cualitativa) se constituyó en información para la elaboración de los resultados de la investigación. A cada resultado le fue atribuido un significado que expresaba o indicaba situaciones de vulnerabilidad, de acuerdo con la literatura^(9,11). De esa forma, se elaboró una lista de condiciones. De esa lista hacían parte situaciones de vulnerabilidad, las cuales fueron nuevamente leídas y releídas, formulándose, al final, una relación de circunstancias a las cuales estaban expuestas las mujeres con HIV.

De pose de esos resultados, las situaciones fueron agrupadas y clasificadas de acuerdo con la literatura, identificándose los marcadores de vulnerabilidad encontrados y que se relacionaban al desarrollo del cáncer de cuello uterino. Los marcadores de vulnerabilidad siguieron las formulaciones del modelo concebido y propuesto por un investigador en Brasil⁽¹¹⁾. A su vez, esos marcadores fueron subdivididos en las tres dimensiones⁽⁹⁾, de la siguiente forma:

1) dimensión individual: características personales y relacionales, conocimientos y significados e impacto del diagnóstico, recursos disponibles (personales y experiencias que interfieren en el enfrentamiento) y modo de enfrentamiento;

2) dimensión programática: estructura y dinámica de organización del servicio de salud y operacionalización de las acciones, y

3) dimensión social: referente a las condiciones materiales de existencia, ideología y cultura.

De acuerdo con lo divulgado en la literatura, algunos marcadores no fueron contemplados por no haber identificación entre ellos y las variables del presente estudio, por ejemplo: recursos disponibles y modo de enfrentamiento. Entretanto, otras situaciones entendidas como vulnerabilidad al cáncer de cuello uterino fueron adicionadas debido a las percepciones encontradas durante la investigación, como la revelación de las mujeres del

temor de encontrar personas conocidas en el servicio de salud. Esa circunstancia fue clasificada en la dimensión individual. Otra situación se refirió a la estructura física no apropiada de las unidades de salud, diferentemente de lo exigido en la dimensión programática. Esa situación se refería a salas con difusión acústica y, por lo tanto, ofreciendo poca privacidad a las mujeres en sus atenciones.

El estudio siguió todas las instrucciones de la Resolución nº196, de 19 de octubre de 1996, del Consejo Nacional de Salud, referente a estudios que envuelven seres humanos. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación del Hospital San José de Enfermedades Infecciosas, bajo Protocolo nº 022/2007. Todas las participantes recibieron las debidas informaciones y firmaron el término de consentimiento libre y esclarecido.

Resultados

Para mejor comprender los diferentes aspectos de las dimensiones y de los marcadores de vulnerabilidad, descritos en el transcurso de la investigación, a continuación presentamos una breve descripción sobre las participantes.

En las 76 participantes del estudio, el promedio de edad fue de 37,4 años, y 42,1% vivían con compañero. Del total, 90,8% fueron infectadas por el HIV por exposición sexual, 76,3% ya habían desarrollado SIDA y 94,7% tenían algún tipo de práctica religiosa. En cuanto a la situación de trabajo, 51,3% no ejercían actividad remunerada, 65,8% dijeron tener hasta el nivel de enseñanza fundamental; casi la totalidad, 92,2%, vivía en un estrato social indicado como clase baja (clases D y E) y 73,3% informaron ingresos familiares de uno a cuatro salarios mínimos.

En relación a los exámenes de cantidad de linfocitos T CD4⁺ de los últimos tres meses, los resultados mostraron que el 40,8% estaba con linfocitos por abajo de 350 células/mm³.

En cuanto al uso de preservativo, 84,3% lo utilizaban con el compañero fijo. En relación a los compañeros casuales, 47,4% ya habían tenido ese tipo de compañero, pero la mitad no usó preservativo en esas relaciones. La existencia de relaciones sexuales pagadas fue informada por 10,5% de las mujeres y, de esas, 12,5% informaron que no usaron preservativo.

En lo concerniente al último examen de prevención de cáncer de cuello uterino, 44,8% de las mujeres tenían tiempo inferior a un año, 51,3% más de dos años y 3,9% nunca habían hecho el examen.

Al investigarse la realización del examen de prevención después del diagnóstico de HIV, 31,6% de las mujeres respondieron negativamente. Sobre el tiempo del examen, 3,9% lo realizaba semestralmente, 44,8% anualmente y 5,3%, bianualmente. Sin embargo, 46% de las mujeres no supieron precisar el tiempo entre la realización de los exámenes.

El acceso al examen era considerado difícil por 85,5% de las participantes. Ese hecho se relacionaba a dificultades de planificación del examen, dificultades financieras y de transportes, mala calidad de los servicios de salud y tiempo elevado de espera para conseguir consulta.

Al investigarse la historia de infecciones sexualmente transmisibles, 40,8% de las mujeres informó infección previa. En cuanto a la necesidad de mayor frecuencia para la realización del examen, en virtud del HIV, 46,1% revelaban desconocer esa situación.

Para la presentación de los marcadores de vulnerabilidad, se puede observar, en la Figura 1, las

situaciones encontradas por los diferentes análisis obtenidos por las características y condiciones de las mujeres infectadas por el HIV. Esas observaciones de los datos, en conjunto, posibilitaron describir las vulnerabilidades a que estaban expuestas las mujeres para el desarrollo del cáncer de cuello uterino; esos, concomitantemente, fueron clasificados, de acuerdo con la literatura⁽⁹⁾, en las dimensiones individual, programática y social.

En la dimensión individual, los marcadores observados se relacionan a tres aspectos: características personales y relacionales; conocimientos y significados e impacto del diagnóstico. En la dimensión programática, en consonancia con lo propuesto en la literatura, fueron identificados los marcadores de estructura y dinámica de organización del servicio de salud y operacionalización de las acciones. Ya, en la dimensión social, se encontraron, en la evaluación de los datos captados en esta investigación, la presentación de los marcadores referentes a las condiciones materiales de existencia, ideología y cultura (Figura 1).

Dimensiones		Marcadores de vulnerabilidad
Individual	Conocimientos y significados	Conocimiento insuficiente sobre la necesidad de control del examen de prevención para cáncer cérvico uterino Desconocimiento de la vulnerabilidad al cáncer de cuello en función de la asociación entre inmunosupresión (HIV) y cáncer cervical Discontinuidad del rastreo del examen de prevención de cáncer de cuello uterino Intervalo inadecuado de la realización del examen de prevención de cáncer cervical; No realización del examen después del diagnóstico de la infección por el HIV
	Características personales y relacionales	Poca escolaridad Ambiente domiciliar con renta familiar reducida Clase económica baja Actividad laboral remunerada escasa Uso inconstante de preservativo masculino con compañero fijo, casual y comercial Adquisición de otras infecciones sexualmente transmisibles
	Impacto del diagnóstico	Negligencia de la evaluación para diagnóstico y control del cáncer de cuello uterino Miedo de encontrar personas conocidas en el servicio de salud
Programática	Estructura y dinámica de organización del servicio de salud	Disponibilidad irregular de servicio para realización del examen de cáncer de cuello uterino Ausencia en el servicio de referencia especializada para acompañamiento del HIV, de profesionales para recolección del examen de prevención y de ginecólogo que desarrolle esa actividad Desarticulación con otros servicios de salud (servicio de enfermedades infecciosas y los servicios de referencia en cáncer de cuello uterino) Inexistencia de protocolo de acompañamiento citológico de mujeres con HIV Divulgación insuficiente sobre la importancia del examen de rastreo de cáncer cérvico uterino Acceso difícil y desarticulado para unidades de salud Ausencia de actividades de educación en salud para prevención del cáncer de cuello uterino Ausencia de actividades de promoción de la salud en la vigencia de la infección por el HIV
	Operacionalización de las acciones	Falta de cumplimiento del protocolo establecido por el Ministerio de la Salud para acompañamiento de las mujeres infectadas por el VIH del examen de prevención Predisposición para diagnóstico tardío del cáncer de cuello uterino Orientaciones y encaminamientos insuficientes para servicio especializado en prevención del cáncer de cuello uterino Intervención restricta a la clínica y no a los determinantes de los comportamientos de los usuarios Ausencia de estructura física (local) adecuada para atención de las mujeres en sus demandas para compartir sus sentimientos Desconocimiento de otras necesidades y problemas de salud provenientes o no del SIDA, tales como el cáncer de cuello uterino, que extrapolan las características biológicas y clínicas

Figura 1 - Marcadores de vulnerabilidad al cáncer de cuello uterino, observado entre 76 mujeres infectadas por el HIV (continúa...)

Figura 1 - *continuación*

Dimensiones		Marcadores de vulnerabilidad
Social	Condiciones materiales de existencia Ideología y cultura	Condiciones insuficientes para vivir con calidad de vida en salud en la vigencia del HIV Acceso insuficiente a los equipamientos sociales Vivir cotidianamente con diferencias de género

Discusión

El individuo vulnerable no tiene medios para protegerse, tampoco acceso a los cuidados de su salud, acceso a la educación, ni al trabajo, a la fuente de renta o a la vivienda, además de no ser alguien libre para escoger o proponer⁽¹¹⁾.

En el presente estudio, las mujeres infectadas por el HIV hacen parte de esa población. Así, a pesar de tener derechos garantizados como recursos para promoción de la salud, ellas no poseen la garantía de una amplia prevención contra el cáncer ginecológico, ya que no son orientadas, desconocen la necesidad de la realización sistemática del examen de prevención, y el servicio en el cual son acompañadas no cumple, en su integralidad, la función de servicio de asistencia especializada para acompañamiento de la salud. De esa forma, la vulnerabilidad se extiende de la dimensión individual a la programática.

La vulnerabilidad individual se refiere a la acción individual de prevención delante de una situación de riesgo. Envuelve aspectos relacionados a características personales, al desarrollo emocional, percepción del riesgo y actitudes dirigidas a la adopción de medidas de autoprotección, actitudes personales frente a la sexualidad, así como de conocimientos adquiridos⁽¹²⁾. En el presente estudio la mayoría, de las mujeres, poseía conocimiento incorrecto e insuficiente sobre la realización del examen de prevención por la técnica de Papanicolau; no tenían frecuencia adecuada al examen, desconocían la relación entre inmunosupresión y cáncer de cuello uterino. Además de eso, un número elevado de mujeres no se había sometido al examen, después del diagnóstico de la infección.

Los conocimientos y significados pueden influir en: las conductas después del diagnóstico, la prescripción del tratamiento, la modalidad de enfrentamiento y la adhesión al tratamiento terapéutico⁽⁹⁾. Sin embargo, para proponer cambios en los comportamientos que disminuyan la vulnerabilidad de esas personas, es necesario comprender que lo que la influencia. En ese aspecto, esta investigación mostró que el conocimiento incorrecto o insuficiente de las mujeres sobre la realización del examen de Papanicolau dificultaba el propio autocuidado, así como implicaba el favorecimiento de la vulnerabilidad al desarrollo del cáncer de cuello uterino.

También, en lo que se refiere a las características

personales y relacionales, la población estudiada convive con diferentes situaciones favorables a la vulnerabilidad, destacándose la poca inserción en ambiente escolar, la vivencia en ambiente familiar con recursos escasos de renta, poca inserción en el mercado de trabajo formal, además de determinados medios de protección individual, como uso inconstante o inexistente de preservativo masculino o femenino con compañeros sexuales, sean fijos o no.

Las características personales pueden configurar una condición de vulnerabilidad y exclusión social, como por ejemplo vivir con baja escolaridad y renta familiar, desempleo y condiciones precarias de vida⁽⁹⁾. De acuerdo con el presente estudio, esas situaciones originan una mayor dificultad de acceso a los servicios básicos, como educación y salud, y pueden agravar la condición del individuo, interfiriendo en su salud y elevando la vulnerabilidad a la enfermedad.

Como se sabe, la vulnerabilidad es un proceso dinámico, establecido por la interacción de los elementos que la componen, como edad, raza, etnia, pobreza, escolaridad, soporte social y presencia de agravios a la salud. Esos elementos fueron identificados en este estudio. Entretanto, el estado de vulnerabilidad es definido no solo por características intrínsecas de la persona, como sexo y edad, pero, también, por otras condiciones adquiridas en el transcurso de la vida, o resultantes del estilo de vida, del desarrollo de estrategias y habilidades para enfrentar traumas y enfermedades⁽⁹⁾. En ese sentido, se cree, que cada individuo posee un umbral de vulnerabilidad que, cuando ultrapasado, produce enfermedades.

Conocimientos y comportamientos tienen significados y repercusiones muy diversas en la vida de las personas, dependiendo de una combinación, siempre singular, de características individuales, contextos de vida y relaciones interpersonales que se establecen en el día a día⁽⁹⁾.

En relación al impacto del diagnóstico en las mujeres, en el presente estudio, se observó dificultad de estas para aceptar y se identificar como portadoras del HIV, muchas veces exigiendo sigilo en la revelación sobre la situación de persona infectada. Ese hecho generó omisión de las propias clientes en el seguimiento en salud, mismo antes de descubrirse como portadoras del HIV, ejemplificado por la no realización del examen de prevención. Ese descaso puede conducir al aumento de la vulnerabilidad al desarrollo del cáncer de cuello uterino. Así, mismo el sigilo sobre

el diagnóstico como una protección contra el prejuicio, impide que el individuo reciba apoyo, volviéndolo más vulnerable al desarrollo del cáncer de cuello uterino^(9,13).

A pesar de que, potencialmente, todas las mujeres son vulnerables al SIDA y al desarrollo de cáncer de cuello uterino, existen algunos grupos de mujeres particularmente sujetos a determinadas condiciones que las tornan más vulnerables y, por lo tanto, con mayores chances de desarrollar la enfermedad.

El desconocimiento o conocimiento insuficiente lleva a las mujeres a ser omisas y a no percibirse como vulnerables al cáncer de cuello uterino. La centralización de la enfermedad en la medicalización, por parte de los profesionales de salud, así como la falta de empoderamiento de las mujeres en relación a su salud, hace que ellas sean vistas de forma fragmentada y también, ellas mismas, se vean de ese modo. Delante de ese hecho, los profesionales de la salud deben identificar las condiciones, características y situaciones de protección y fortalecimiento de la persona contra el enfermarse, contribuyendo para disminuir la vulnerabilidad de las mujeres infectadas por el HIV al cáncer de cuello uterino.

En la dimensión programática, en lo que se refiere a la estructura y dinámica de organización del servicio de salud, se encontraron varios aspectos que participaron del aumento de vulnerabilidad de la mujer en la adquisición del cáncer de cuello uterino. Tales situaciones se referían a la ausencia de servicio de ginecología para realización de la prevención contra el cáncer de cuello uterino, en hospital de referencia, disponibilidad irregular de otros servicios para el examen de cáncer de cuello uterino, desarticulación con otros servicios de salud (servicio de enfermedades infecciosas y servicios de referencia en cáncer de cuello uterino), divulgación insuficiente sobre la importancia del examen de Papanicolau, acceso difícil para los atenciones en las unidades de salud y ausencia de educación en salud para prevención del cáncer de cuello uterino, en sala de espera.

Un estudio conducido en el Estado de São Paulo evidenció datos semejantes en relación al servicio de salud, por ejemplo: asistencia fragmentada, tiempo de espera para la atención prolongado, trabajo en equipo y capacitación limitada de los profesionales, número de cupos insuficiente para atender a la demanda, falta de integración entre las acciones desarrolladas, divulgación insuficiente de la importancia del diagnóstico precoz, entre otros⁽⁹⁾.

En este estudio, la relación entre la calidad del acceso a los servicios de salud y la desarticulación de ese servicio, con instituciones de otras áreas, es definida como marcador de vulnerabilidad por dificultar la realización de

la prevención contra el cáncer de cuello uterino, en las mujeres infectadas por el HIV, ya que, para ser evaluadas, precisan dislocarse para otro servicio. De acuerdo con lo programado por el Ministerio de la Salud, los servicios de asistencia especializada deben incluir la prevención contra cáncer ginecológico como acción de promoción de la salud.

La mayoría de las veces, la falta de atención a las mujeres con HIV determina situaciones de negligencia de: cuidado, orientación y detección precoz de enfermedades. Delante de eso, se debe reconocer que el servicio de salud puede proporcionar vulnerabilidad a las mujeres infectadas por el HIV, reduciendo, de esa forma, las chances de tener diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino.

El componente programático de la vulnerabilidad tiene la necesidad de realizar inversiones financieras en el sector salud y educación, en recursos humanos capacitados para prevención, diagnóstico y asistencia, desarrollo de acciones programáticas y políticas públicas intersectoriales, considerando, también, la mediación entre profesionales de la salud y pacientes, a fin de promover la movilización de la sociedad para el desarrollo del potencial de salud de los individuos y ejecución de los sus derechos de acceso a la salud en sus más variados aspectos⁽⁹⁾.

Delante de lo observado en lo referente a la dimensión programática, es necesaria la ampliación del servicio de salud especializado y la disponibilidad de recursos que viabilicen la intensificación del diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino, con el objetivo de promover la calidad de vida de esas mujeres.

La dimensión social contiene un conjunto de características asociadas al contexto político, económico y sociocultural que caracterizan el riesgo individual, tornando conocida e indiscutible la relación entre problemas de salud y pobreza, bajos salarios, educación inadecuada, entre otros⁽⁹⁾. En el presente estudio, se destacaron como vulnerabilidad las condiciones materiales de existencia, ideología y cultura, siendo identificadas condiciones insuficientes para tener una vida saludable, existencia y acceso insuficiente a los equipamientos sociales en relación al examen de cáncer de cuello uterino. Se identificaron situaciones como empobrecimiento, bajos salarios, baja escolaridad, dificultad de acceso a los servicios de salud, entre otros aspectos, que interfieren directamente en la prevención contra el cáncer del cuello del útero.

Existen, también, situaciones de desigualdad económica, social y cultural en el contexto de vida de las mujeres de clases populares que son generadoras de vulnerabilidad a la enfermedad⁽¹⁴⁾. Esos procesos sociales se interrelacionan, dificultando el autocuidado. Así, desarrollar el cuidado en salud de mujeres infectadas

por el HIV, a partir de los marcadores de vulnerabilidad, amplía las posibilidades de comprensión y reflexión acerca de las situaciones que pueden tornarlas más o menos vulnerables al cáncer cervical.

Conclusión

De modo general, las mujeres presentaban diferentes contextos de vulnerabilidad para el desarrollo del cáncer de cuello uterino en los aspectos sociodemográficos, epidemiológicos, clínico, sexual y ginecológico, dominantes en las dimensiones individual, social y programática.

Los diferentes datos e informaciones posibilitan la planificación de acciones basadas en el concepto de vulnerabilidad, valorizando las informaciones y los cambios de comportamiento individual, programático y social, con el objetivo de reducir las chances de las mujeres infectadas por el HIV de presentar cáncer de cuello uterino. Urge que los profesionales de salud promuevan medios que permitan el fortalecimiento y la capacidad de comprensión y de uso de las informaciones, por esa población. Esos medios deben ser capaces de resultar en la transformación de sus prácticas en relación al cáncer de cuello uterino, además de proveer acceso adecuado a los diversos servicios que contribuyan para promoción y protección de la salud.

Vale resaltar que cabe a los servicios de salud, independientemente del nivel jerárquico de atención, principalmente el servicio de referencia en HIV/SIDA, garantizar la integralidad de las acciones de salud dirigidas a las mujeres infectadas por el HIV. En esa perspectiva, es necesario, también, disponer de programas de vigilancia ginecológica que garanticen la realización del examen de Papanicolau, conforme indican los diferentes organismos de control de la salud.

Referencias

1. Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. A Aids no mundo. Rio de Janeiro: ABIA: IMS/UERJ; 1993.
2. Ayres JRCM, França I Júnior, Calazans GJ, Saletti HC Filho. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). United States Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. Treatment of opportunistic infections. Washington: DCC; 2006.
4. Rachid M, Schechter M. Manual de HIV/AIDS. 8.ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.
5. Beskow AH, Engelman MT, Magnusson JJ. Interaction of host and viral risk factors for development of cervical carcinoma in situ. Int J Cancer. 2005;117(4):690-2.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e de mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Bradley J, Barone M, Mahe C, Lewis R, Luciani S. Delivering cervical cancer prevention services in low-income settings. Int J Gynaecol Obstet. 2005;89(Suppl. 2):21-9.
8. Ayres JRCM. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. Rev Bras Epidemiol. 2002;5(supl 1):28-42.
9. Takahashi RF. Marcadores de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte por HIV e AIDS. [Tese Livre-Docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.
10. Bastos JLD, Duquia RP. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. Scient Med. 2007;17(4):229-32.
11. Saldanha AAW, Figueiredo MAC, Coutinho MPL. AIDS: trajetória e tendências da epidemia - a legitimação de um universo simbólico. In: Coutinho MPL, Saldanha AAW. Representação social e práticas de pesquisa. João Pessoa: UFPB; 2005. p. 153-72.
12. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008;16(5):923-8.
13. Carvalho CML, Galvão MTG. Enfrentamento da aids entre mulheres infectadas em Fortaleza-CE. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1):90-7.
14. Souza KV, Tyrrell MAR. Os fatos e atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres de classes populares. Texto Contexto Enferm. 2007;16(1):47-54.

Recibido: 30.6.2010

Aceptado: 17.3.2011

Como citar este artículo:

Brito DMS, Galvão MTG, Pereira MLD. Marcadores de vulnerabilidad al cáncer de cuello uterino en mujeres infectadas por el HIV. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mayo-jun. 2011 [acceso: _____];19(3):[08 pantallas]. Disponible en: _____

URL

día
mes abreviado con punto
año