



03 a 06 de junho de 2012
Manaus (AM)

3º SENABS
SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES
DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Trabalho 81

VÍRUS LINFOTRÓPICO HUMANO: REVISÃO DE LITERATURA

FIGUEIREDO, A C G M (1); ALMEIDA, M V G. (2); GONÇALVES, C C T. (3); SIMÕES, A F S (4); SILVA, R M

Durante muitos anos, a infecção causada pelo vírus linfotrópico humano (HTLV) foi considerada restrita a países como Japão e Caribe. Já no Brasil, a doença ganhou notoriedade quando começaram a serem feitas pesquisas científicas no início da década de 1990. O HTLV pertence à família dos retrovírus (a mesma do HIV). Infecta os linfócitos T e pode causar uma série de doenças, a principal delas é conhecida como leucemia das células T do adulto, que é normalmente fatal. Também pode causar uma síndrome de desmilenização conhecida como paraparesia espástica tropical (PET) ou mielopatia associada ao HTLV-11. Os retrovírus HTLV compartilham vias de transmissão semelhantes às do HIV, sendo que o vírus linfotrópico humano necessita de linfócitos infectados para que sua transmissão se consolide. As pessoas acometidas pelo vírus HTLV comumente são assintomáticas, e permanecem assim por toda a vida, porém, a não sintomatologia induz a quadros de câncer na medula óssea, doenças degenerativas e processos inflamatórios. Cerca de 3% a 5% dos pacientes que tem o HTLV desenvolve doenças secundárias. Portanto o objetivo deste estudo é descrever a população acometida pelo HTLV e enfatizar a importância do cuidado de enfermagem no acompanhamento dos pacientes com o retrovírus. O estudo realizado provém da comparação teórica de autores que expõem seus pontos de vista sobre dados epidemiológicos acerca do HTLV. Foram utilizados autores que discutem a realização adequada do tema e enfatiza as ações de enfermagem no cuidado aos pacientes com HTLV. Esse levantamento teórico levou a construção de um panorama relacionado à contribuição do enfermeiro no cuidado com o paciente acometido pelo HTLV. O vírus HTLV I e II mundialmente apresenta-se de forma difusa. As áreas com maior prevalência e incidência de HTLV I são no Japão, onde 30% da população adulta é infectada pelo vírus; no Caribe, onde cerca de 2% a 5% estão contaminados²; no Oriente Médio, onde há prevalência de casos em torno de 3% no nordeste do Irã³. A América Central, a América do Sul e a África são consideradas áreas endêmicas para o vírus. O HTLV II tem maior registro de casos nos países desenvolvidos, no Vietnã e em populações indígenas⁴. No Brasil, em 1996 a população soropositiva da doença correspondeu a 720 mil pessoas⁵. O que prevalece é o vírus HTLV I nas áreas urbanas, correspondendo a 1% da população². Em São Paulo, por exemplo, o vírus HTLV I acomete cerca de 0,15% da população, sendo considerado um dos indicadores mais baixos, porém, na Bahia, é onde há a maior prevalência de HTLV I, onde 1,8% da população é infectada pelo vírus. Os usuários de drogas injetáveis, por compartilharem seringas no consumo da droga, e as pessoas que necessitam realizar transfusão sanguínea, são os mais infectados pelo vírus². O autor⁴ indica que na Bahia, as pessoas que usam drogas por via intravenosa correspondem a cerca de 35,2 % da população acometida pelo vírus no estado. No Rio de Janeiro, nos pacientes transfundidos, há uma prevalência de 18,2% de infecção pelo HTLV I. Segundo o estudo⁵, cerca de 3,72% dos acometidos tem câncer hematológico, os homoafetivos correspondem a 4% da população infectada e as profissionais do sexo do Rio de Janeiro e Minas Gerais são cerca de 9% da população que tem o vírus. Em São Paulo, os pacientes soropositivos para AIDS, correspondem a cerca de 10% da população contaminada pelo HTLV I, e as prostitutas correspondem a 2,8%, e, 1% dos portadores do vírus não manifesta sintomas. No estado de Pernambuco, o primeiro caso descoberto da doença foi em 1990. No ano de 1991 foi estimado que cerca de 16 mil pessoas na capital pernambucana estaria com HTLV tipo I e II. O estudo demonstra que 0,8% dos doadores e receptores de sangue, 16,6% dos hemofílicos, 11,2% das pessoas com anemia hereditária, e 7,4% dos acometidos pela leucemia mielóide aguda, tinham os



03 a 06 de junho de 2012
Manaus (AM)

3º SENABS

SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES
DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Trabalho 81

anticorpos do HTLV no sangue⁵. As áreas endêmicas da doença no Brasil estão situadas na Bahia e em Pernambuco, sendo que nestes estados a doença se revela mais cedo do que em outras partes do mundo⁵. Nos Estados Unidos e na Europa o HTLV II é mais prevalente em usuários de drogas. No Brasil esse panorama muda, pois o vírus está presente no norte do país, mais especificamente nas comunidades indígenas. A prevenção e controle do HTLV devem ser realizados com: triagem sorológica de hemocomponentes e hemoderivados durante a doação de sangue; controle da doação de órgãos deve ser rigorosa, pois já houve contaminação pelo HTLV a partir de órgão contaminado; transmissão vertical que consiste na principal forma de infecção, sendo o leite materno o principal agente, com isso deve-se interromper a amamentação; utilização de métodos contraceptivos de barreira para que não haja contaminação pela via sexual; controle no banco de doação de sêmen, devendo-se realizar triagem antes de cada doação do líquido ejaculatório; e por fim, políticas de educação sanitária direcionadas a grupos de risco, sendo os usuários de drogas injetáveis o público alvo, com o objetivo de diminuir as taxas de infectividade por essa via. A sistematização da assistência de enfermagem aos pacientes do HTLV tem como objetivo minimizar os problemas psicológicos e físicos que podem vir a acometer o paciente, e apresentar os sinais e sintomas da doença. Além da forma de tratamento oferecido, pois se estima que o nível de desinformação sobre essa patologia ainda é muito alto, sendo o enfermeiro o principal interlocutor entre o acometido pela enfermidade e o serviço de saúde, que deve ser iniciada na Estratégia de Saúde da Família.

DESCRITORES: Enfermagem, Epidemiologia e Vírus Linfotrópico de Células T Humanas **EIXO TEMÁTICO:** O trabalho da Enfermagem na Atenção Básica/ Estratégia de Saúde da Família e os desafios da sistematização das práticas; **REFERÊNCIAS:** 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília. Ministério da Saúde, 1999 - 3ª edição. 2 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica- HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 3 SANTOS, Fred Luciano Neves; LIMA, Fernanda Washington de Mendonça. Epidemiologia, fisiopatogenia e diagnóstico laboratorial da infecção pelo HTLV-I. J. Bras. Patol. Med. Lab., 2005, vol.41, n.2, pp. 105-116. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v41n2/a08v41n2.pdf> > 4 COURA, José Rodrigues; COURA, José Rodrigues. Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 5 HINRICHSEN, Sylvia Lemos. DIP: doenças infecciosas e parasitárias. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c2005. 1098p.

(1) Universidade Estadual de Feira de Santana; (2) Universidade Estadual de Feira de Santana; (3) Universidade Estadual de Feira de Santana; (4) Universidade Estadual de Feira de Santana;

Apresentadora:

ANA CLAUDIA MORAIS GODOY FIGUEIREDO (aninha_m_godoy@hotmail.com)

Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS (Estudante de Pós Graduação)