

**CONHECIMENTO DE GRADUANDOS EM SAÚDE SOBRE
O VÍRUS LINFOTRÓPICO DA CÉLULA T HUMANA
(HTLV)**

Brasília

2015

ANNA BEATRIZ RODRIGUES BORGES

**CONHECIMENTO DE GRADUANDOS EM SAÚDE SOBRE
O VÍRUS LINFOTRÓPICO DA CÉLULA T HUMANA
(HTLV)**

**Monografia apresentada em forma de artigo junto
ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário
de Brasília (UNICEUB), na área de pesquisa de
campo, como requisito parcial à obtenção do título
de Bacharelado.**

Orientador: Profº Linconl Agudo Oliveira Benito.

Brasília

2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por iluminar e me dar forças nesta jornada onde muitos obstáculos foram superados graças à fé que tenho nele.

A minha amada mãe pela imensa colaboração para comigo, ao meu pai por ter me proporcionado essa graduação. Ao meu noivo, que mesmo em meio a tantos obstáculos esteve ao meu lado.

Ao professor Linconl Benito pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia.

A todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha jornada acadêmica e no desenvolvimento desta monografia.

Aos amigos e colegas, pelo carinho e apoio constantes.

Muito Obrigada!

CONHECIMENTO DE GRADUANDOS EM SAÚDE SOBRE O VÍRUS LINFOTRÓPICO DA CÉLULA T HUMANA (HTLV)

Anna Beatriz Rodrigues Borges¹
Lincoln Agudo Oliveira Benito²

RESUMO:

Vinte anos após o isolamento do vírus linfotrópico da célula T humana – HTLV, muitos aspectos epidemiológicos e patogênicos já foram estudados e esclarecidos porém negligenciados. Sabe-se que em regiões endêmicas a prevalência é relativamente alta e os modos de infecção, semelhantes aos dos outros retrovírus, são transmitidos por: transfusão de sangue, relações sexuais não protegidas e principalmente durante o aleitamento materno. Com isso essa análise trata de um estudo quantitativo, de caráter descritivo que se propõe a analisar o grau de conhecimento de acadêmicos graduandos de cursos em saúde, de uma instituição de ensino superior (IES) não estatal, sobre o HTLV. Para aquisição dos subsídios necessários a construção da presente pesquisa, foi utilizado um instrumento de coleta de dados (ICD) gerando material e dados quantitativos de estudo e conhecimento dos sujeitos da pesquisa quanto à patologia. Apesar do alto grau de homologia entre os dois tipos de vírus (HTLV-I/II), as implicações incertas do prognóstico para pessoas infectadas e suas formas de transmissão constituem um problema de saúde pública, principalmente em áreas consideradas endêmicas.

PALAVRAS-CHAVE: HTLV; Conhecimento; Acadêmicos da área de saúde.

KNOWLEDGE OF HEALTH STUDENTS ABOUT HUMAN T-LYMPHOTROPIC VIRUS (HTLV)

ABSTRACT:

Twenty years after the lymphotropic virus isolation from human T cell - HTLV, many epidemiological aspects and pathogenic were already studied and clarified however neglected. It is known that in endemic regions one and relatively high prevalence and Infection modes, similar to other retroviruses are transmitted by: Blood transfusion, unprotected sex and especially during breastfeeding. With that it analysis try to hum Quantitative Study of descriptive character Which is to analyze the degree of Academic Knowledge of undergraduate health courses, of a Higher Education Institution (HEI), know about HTLV. Acquisition of Subsidies Needed Construction Search gift was used a Data Collection Instrument (DCI) and Building Quantitative Data material study and knowledge of research subjects the pathology. Despite the high degree of homology between the two virus types (HTLV-I / II), as uncertain implications do Prognosis for infected individuals and their Constituent Transmission Methods make him the particularly problem of Public Health, at endemic areas.

KEYWORDS: HTLV; Knowledge; Degree healthcare academic knowledge.

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília.

² Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília (UCB). Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília.

1. INTRODUÇÃO:

Os primeiros estudos sobre os grupos dos vírus foram conhecidos e estudados desde os anos de 1920. Já em meados dos anos 60 e 70, se analisa e trás a tona a descoberta da enzima transcriptase reversa, também conhecida como DNA proviral que se localiza em células germinativas de subtipos oncogenes do grupo dos retrovírus (VAHLNE, 2009; JEANG, 2005).

Os primórdios dos seus estudos estão atrelados a outra patologia, relacionada ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), pois apesar de distintos a descoberta do vírus linfotrópico da célula T humana (HTLV) data também a descoberta do HIV, traçando caminhos distintos, o qual, por sua história natural da doença (HND), pode ter o levado ao desconhecimento e desinteresse geral, ou seja, sem sintomatologia não há uma enorme preocupação com sua transmissibilidade (BEIKE, 2012).

Os vírus do tipo 1 (HTLV-I) e tipo 2 (HTLV-II), foram os primeiros retrovírus humanos descobertos, identificado nos anos 80, pertencem à subfamília Oncornavirus, e se diferem dos vírus da imunodeficiência humana (HIV-1 e HIV-2), que pertencem à subfamília Lentivirus, que também fazem parte dos retrovírus, vírus o qual conhecemos largamente, pois, sua patologia afeta milhares de pessoa em todo o mundo, causando a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS) (BRASIL, 2006; BRASIL, 2003; GALLO, 2005).

Os portadores da infecção por HTLV-I e HTLV-II tem como diagnóstico as sorologias, com a presença de anticorpos para HTLV-I ou HTLV-II, indicando que uma pessoa está com carga viral e infectada pelo vírus. Nesse sentido e, atentos à questão histórica, se sabe que foi apenas em 1988, que nos Estados Unidos (EUA) foi recomendado pelo departamento de saúde, toda doação de sangue fosse testada e realizada triagem sorológica para o HTLV (CDC, 1993).

Desde então, foram triados nos EUA, todas as doações de sangue total e ainda, seus componentes para detectar anticorpos anti-HTLV, dando o exemplo para todos outros países os quais, seguiram seus passos e começaram a testar tanto a carga viral quanto anticorpos do HTLV. Existem dados dos órgãos de doação de sangue, que dizem que nos EUA, a taxa média de soroprevalência de HTLV-I/II é calculada em 0.016% (PROIETTI et al.,1994)

Já no Brasil, segundo Catalan-Soares e Proietti (2006), existem estudos que relatam a prevalência e presença de HTLV-I e HTLV-II em todo o Brasil. Alguns destes

estudos apontam aproximadamente, 2,5 milhões de pessoas estejam infectadas pelo HTLV-I, tornando o Brasil um país com alta taxa de prevalência (CARNEIRO-PROIETTI, 2002).

Nesse sentido, o presente estudo possui enquanto objetivo analisar o conhecimento de acadêmicos dos cursos da área de saúde de uma Instituição de Ensino Superior (IES) em relação ao HTLV, e construir o perfil socioeconômico dos atores sociais participantes do estudo.

2. METODOLOGIA:

Trata-se de um estudo quantitativo, de caráter descritivo que se propõe a analisar o conhecimento de acadêmicos graduandos de cursos em saúde, de uma instituição de ensino superior (IES) não estatal, sobre o HTLV.

Para aquisição dos subsídios necessários a construção da presente pesquisa, foi utilizado um instrumento de coleta de dados (ICD), formado de duas (02) partes. A primeira parte do ICD permitiu a construção do perfil socioeconômico dos sujeitos da pesquisa.

Já a segunda parte permitiu analisar o conhecimento dos sujeitos da pesquisa em relação ao HTLV. Esse segundo questionário possui um quantitativo de vinte (20) questões no formato objetivo.

Para a aquisição dos dados necessários a construção da presente pesquisa, optou-se pelo desenvolvimento de um instrumento de coleta de dados (ICD) sobre o conhecimento acerca do tema em estudo. Devido a dificuldade de localizar questionário preliminar, o mesmo foi desenvolvido com todos os critérios e cuidados necessários para fomentar os dados da pesquisa. O questionário constitui-se por 20 perguntas com a opção de marcação de respostas objetivas (A, B, C e D).

Quanto as considerações éticas, o presente projeto foi iniciado após autorização expressa do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Brasília (UniCeub) sob o número do parecer: **895.621**, respeitando integralmente a resolução que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil, resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e conta com as assinatura pelos sujeitos de pesquisa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os questionários foram aplicados fora do horário de aula e ainda, entre os intervalos com o tempo estimado de quinze (15) minutos para o seu preenchimento.

As fontes secundárias se constituíram de artigos de periódicos científicos, manuais oficiais e literatura correlata, adquirida junto à bases de dados informatizados (SciELO, Bireme, Lilacs), publicados no recorte histórico formado pelos anos de 1984 a 2014.

Após aplicação do questionário, os dados foram transformados em códigos numéricos e as respostas dos acadêmicos às escalas, sendo submetidos a análises estatísticas exploratórias, descritivas e analíticas, como: média; desvio padrão; valores mínimos e máximos; percentagem; presença de dados omissos e extremos; característica das distribuições de frequências e análise de diferença entre médias e proporções.

Para a execução das análises estatísticas foram organizadas utilizando para tal função o software Microsoft Excel 2013 for Windows®.

3. RESULTADOS:

Após a captação e organização dos dados, foi possível verificar que na categoria faixa etária, a predominante se estende entre 20 a 30 anos que somam um percentual de 84% (n=105) e a menor identificada foi das pessoas pertencentes a faixa etária de quarenta (40) anos ou mais que registram um total de 3,20% (n=04), conforme exposto junto a tabela 1.

Já na categoria gênero, foi verificado que a maior frequência foi constituída por pessoas do sexo feminino que somou um total de 66,40% (n=83) e pessoas do sexo masculino que registrou um percentual de 31,20% (n=39). Onde 100% (n=125) dos participantes são de nacionalidade brasileira

Apresentando como maior frequência de situação civil, 48% (n=60) participantes solteiros em contrapartida, uma menor porcentagem 20,8% (n=26) entrevistados de relacionamento sério. Observa-se quanto ao grau de instrução, 80% (n=100) dos participantes apresentam ensino superior incompleto. Já 17,6% (n=22) concluíram seus estudos. Dos quais quanto a trabalhar, 64,8% (n=81) não trabalham e 32,8% (n=41) exercem alguma profissão.

Quanto aos quesitos socioeconômicos de moradia e renda, 54,4% (n=68) moram com 2 ou 3 pessoas. Já 43,2% (n=54) moram com 4 ou mais pessoas, onde 47,2% (n=59) recebem 4.000, ou mais, de renda familiar. Contudo, 7,2% (n=9) optaram por não responder a renda familiar, dado que durante o preenchimento da pesquisa foi ofertado como opção.

TABELA 1 – Perfil socioeconômico dos sujeitos da pesquisa (n=125):

Faixa etária	Frequência	%
20-30	105	84,00
31-40	13	10,40
40+	04	3,20
N/D	03	2,40
Gênero		
Feminino	83	66,40
Masculino	39	31,20
N/D	03	2,40
Nacionalidade		
Brasileira	125	100,00
Situação Civil		
Solteiro	60	48,00
Casado	36	28,80
Relacionamento sério	26	20,80
N/D	03	2,40
Grau de Instrução		
Superior Incompleto	100	80,00
Superior Completo	22	17,60
N/D	03	2,40
Trabalha		
Não	81	64,80
Sim	41	32,80
N/D	03	2,40
Mora com quantas pessoas?		
2 ou 3	68	54,40
4 ou +	54	43,20
N/D	03	2,40
Renda		
4.000 ou +	59	47,20
1.000 a 4.000	57	45,60
N/D	09	7,20
Possui filhos?		
Não	90	72,00
Sim	32	25,60
N/D	03	2,40
Possui moradia própria?		
Não	71	56,80
Sim	51	40,80
N/D	03	2,40
Total	125	100,00

FONTE: Produção dos autores do estudo.

Dos dados coletados 72,0% (n=90) não possuem filhos, contudo os participantes com filhos representaram 25,6% (n=32). E ainda quanto a quesitos de moradia, 56,8% (n=71) não possuem moradia própria em contraponto uma menor porcentagem de 40,8% (n=51) já possui moradia própria.

Com a captação de dados sobre o ICD específico sobre a patologia conforme tabela 2, a maioria dos sujeitos da pesquisa 43,2% (n=54) afirmam ter pouco conhecimento sobre o HTLV, ainda em menor porcentagem 10,4% (n=13) que já ouviram falar sobre a doença. Já quanto à questão sobre as vias de contágio da doença a grande porcentagem aparentemente 77,6% (n= 97) respondendo de forma assertiva sobre por contatos sexuais e seringas compartilhadas, encontram em um menor número 20,0% (n=20) responde que a doença é transmitida através do contato direto.

Em relação a como sujeitos adquiriram conhecimento 49,6% (n=62) se referiram que foi durante a formação universitária e apenas 1,6% (n=02) disseram que foi através de noticiários. Sobre a descoberta da patologia 41,6% (n=52) pontuaram o final da década de 80 como período do surgimento expressivo, enquanto 2,4% (n=03) contestam dizendo ter surgido na Europa 300 anos.

Em relação às formas de tratamento para patologia sem lidar com as suas comorbidades 81,6% (n=102) afirmam tratamento seria através do uso de antiviral, enquanto 5,6% (n=07) afirmam que o tratamento deveria ser com antibióticos e apenas 10,4% (n=13) responderam de forma correta, não haver tratamento específico a patologia. Em análise para o diagnóstico referente ao vírus pesquisado 79,2% (n=99) afirmam ser através do exame de sangue, a contraponto de 18,4% (n=23) afirmam que o exame necessário é o ginecológico.

Quanto à sintomatologia da doença com exceção de suas comorbidades e não associada 57,6% (n=72) respondem não apresentar sintomas e em menor porcentagem 4,0% (n= 5) respondem de forma errônea que os sintomas específicos seriam dor abdominal, febre e manchas na pele. Já em respostas a enfermidade diretamente ligada à doença 66,4% (n=83) decidem por optar assertivamente por linfoma e leucemia, enquanto a menor porcentagem opta pela afirmativa errada, 6,4% (n=8) afirmam associação com a DPOC.

Em relação ao HTLV, haveria algum programa do Ministério da Saúde para a testagem da virulência, 56,8% (n=71) responderam ser o rede cegonha responsável pelo mesmo, e apenas 3,2% (n=4) responderam que o programa que realizaria a testagem seria o da saúde do idoso. Quanto a família pertencente o vírus do HTLV 76,6% (n=97)

identificam a família de retrovírus, já 1,6% (n=02) respondem pertencer a família togavírus.

Quais os problemas que apresentariam em relação à gestação, 38,4% (n=48) respondem durante a formação fetal, já apenas 22,4% (n=28) responderam de forma assertiva que os problemas relacionados com a enfermidade seriam durante amamentação. Quanto à exceção das formas de prevenção ao HTLV, 68,8% (n=86) responderam que seria através do consumo de alimentos e período de validade, onde ainda 6,4% (n=08) responderam não permitir o aleitamento materno em mulheres contaminadas.

Já em relação à negativa de doenças associadas e infectadas com HTLV, 44,8% (n=56) responderam assertivamente a negação de associar à síndrome de Stevenson Johnson, e apenas 10,4% (n=13) erroneamente responderam associação à alguns tipos de cânceres, e em afirmativas a doenças associadas ao HTLV o linfoma de célula T do adulto e a paraparesia espástica foi a de maior incidência sendo 52,8%. (n=66). Quanto às formas de transmissão do HTLV a maior incidência em respostas foi 85,6% (n= 107) assertivamente sangue, fluidos corpóreos e a amamentação.

Em relação às regiões endêmicas no mundo 44,0% (n=55) responderam África e Oceania, e apenas 12,0% (n=15) responderam de forma correta Ásia e América Central. Quanto às regiões do nosso país onde a virulência seria mais endêmica, 56,0% (n=70) julgaram São Paulo como esta região, porém somente 29,6% (n=37) responderam a Bahia.

Após adquirir o conhecimento quanto à doença você realizaria a sorologia? A resposta de maior número foi 56,0% (n=70), decidiram que a sorologia é de extrema necessidade e importância, e 1,6% (n=02) responderam ter certeza absoluta de não possuir o vírus, mesmo sem terem realizado algum exame ou sorologia.

Em relação aos dois testes utilizados para triagem os sujeitos da pesquisa optaram por Elisa e WB 75,2%(n=94), enquanto apenas 18,4% (n=23) optaram pelos corretos testes de triagem, sendo eles o Elisa e a aglutinação de partículas. Já em relação aos três exames mais utilizados, para a detecção do HTLV a opção mais escolhida 48,0% (n=60) foi de Elisa, aglutinação de partículas e WB. Onde apenas 3,2% (n=4) optaram pela resposta correta de WB, PCR e IFI.

TABELA 2 – Conhecimento dos sujeitos da pesquisa sobre a patologia HTLV (n=125):

Questão 1: Você possui algum conhecimento sobre o HTLV?	Frequência	%
Pouco conhecimento	54	43,2
Não	29	23,2
Sim	26	20,8
Já ouvi falar	13	10,4
N/D	03	2,4
Questão 2: Então, quais as vias de contágio do HTLV?		
Contatos sexuais e compartilhamento de seringas	97	77,6
Contado direto	25	20,0
N/D	03	2,4
Questão 3: Como você adquiriu conhecimento do HTLV?		
Formação universitária	62	49,6
Internet	33	26,4
Outras	22	17,6
N/D	06	4,8
Noticiário	02	1,6
Questão 4: Quando o HTLV foi descoberto?		
Foi descoberto na década de 80 do século passado	52	41,6
O primeiro caso no mundo foi diagnosticado no ano de 2003	46	36,8
A primeira infecção foi datada no século 7 a.c.	21	16,8
Surgiu na Europa a 300 anos	03	2,4
N/D	03	2,4
Questão 5: Quais as formas de tratamento para a patologia específica do HTLV, sem lidar com as comorbidades?		
Antivirais	102	81,6
Não existe tratamento específico	13	10,4
Antibióticos	07	5,6
N/D	03	2,4
Questão 6: Quais as formas de diagnóstico para o vírus?		
Exame de sangue	99	79,2
Exame ginecológico	23	18,4
N/D	03	2,4
Questão 7: Quais as principais características sintomatológicas da doença não associada a outras comorbidades?		
Não Apresenta	72	57,6
Sangramento, tosse e vômitos	35	28,0
Disúria e polaciúria	08	6,4
Dor abdominal, febre e manchas na pele	05	4,0
N/D	05	4,0
Questão 8: Que enfermidade se encontra relacionada diretamente a esta doença ?		
Linfoma e leucemia	83	66,4
Esteatose hepática	29	23,2
DPOC	08	6,4
N/D	05	4,0
Questão 9: Existe algum programa atualmente desenvolvido pelo Ministério da Saúde que realiza testagem para virulência do HTLV?		

Rede cegonha	71	56,8
Saúde do homem	35	28,0
Hiperdia	09	7,2
N/D	06	4,8
Saúde do idoso	04	3,2
Questão 10: Qual das famílias abaixo o vírus do HTLV pertence?		
retrovírus	97	77,6
Flavivírus	17	13,6
Coronavírus	05	4,0
N/D	04	3,2
togavírus	02	1,6
Questão 11: Durante a gestação, quais os problemas relacionados com esta patologia?		
Durante a formação fetal	48	38,4
Durante o período expulsivo	43	34,4
Durante a amamentação	28	22,4
Durante a cesariana	03	2,4
N/D	03	2,4
Questão 12: Não se constitui enquanto forma de prevenção ao HTLV?		
Consumo de alimentos livres de contaminação e no período de validade.	86	68,8
Utilização de agulhas e seringas estéreis e descartáveis.	16	12,8
Utilização de preservativa em práticas sexuais.	12	9,6
Não permitir o aleitamento materno de mulheres contaminadas.	08	6,4
N/D	03	2,4
Questão 13: Em algumas pessoas infectadas, alguns sinais são observados, exceto:		
Síndrome de Stevens-Johnson	56	44,8
Pneumonite linfocítica	28	22,4
Síndrome de Sjögren	25	20,0
Alguns tipos de cânceres	13	10,4
N/D	03	2,4
Questão 14: Quais das comorbidades são conhecidas por associar ao HTLV?		
Linfoma de célula T do adulto e paraparesia espástica	66	52,8
Alterações neurocognitivas e neoplasias	34	27,2
Doença renal e diabetes	12	9,6
Dislipidemia e alterações de enzimas hepáticas	07	5,6
N/D	06	4,8
Questão 15: Quais as formas de transmissão do HTLV?		
Sangue, fluidos corpóreos e amamentação	107	85,6
Contato direto com suor e objetos usados	10	8,0
Hereditariedade e transplacentária	05	4,0
N/D	03	2,4
Questão 16: Quais as regiões endêmicas para o vírus no mundo?		
África e Oceania	55	44,0
America do sul e Europa	37	29,6
Ásia e América Central	15	12,0
America do Norte e Central	15	12,0
N/D	03	2,4
Questão 17: Qual o estado brasileiro com maior quantitativo de casos positivos da		

doença HTLV?		
São Paulo	70	56,0
Bahia	37	29,6
Rio Grande do Sul	13	10,4
N/D	03	2,4
Minas Gerais	02	1,6
Questão 18: Após adquirir conhecimento quanto à doença você realizaria a sorologia?		
Sim acho de extrema importância	70	56,0
Sim posso pedir para um médico o exame em um próximo check-up	46	36,8
Não acho tão necessário	04	3,2
N/D	03	2,4
Mesmo não realizando o exame tenho certeza que não possui esse vírus	02	1,6
Questão 19: Quais os dois (02) testes sorológicos utilizados para triagem do HTLV?		
Elisa e WB	94	75,2
Elisa e aglutinação de partículas	23	18,4
IFI e PCR	03	2,4
N/D	03	2,4
WB e IFI	02	1,6
Questão 20: Quanto ao exame de confirmação, quais os três (03) mais utilizados para a detecção do HTLV?		
Elisa, aglutinação de partículas e WB	60	48,0
Elisa, IFI e PCR	46	36,8
IFI, WB e aglutinação de partículas	12	9,6
WB, PCR e IFI	04	3,2
N/D	03	2,4
TOTAL	125	100,0

FONTE: Produção dos autores do estudo.

4. DISCUSSÃO:

No processo de análises de dados, o desconhecimento ou o reduzido conhecimento é identificado nos depoentes, e comumente encontrado na literatura internacional, onde observamos a sua associação com comorbidades mais específicas ao HTLV. Como exemplo no estudo sobre a epidemiologia, tratamento e prevenção da leucemia associada ao HTLV. E ainda na literatura nacional, por exemplo, a caracterização molecular do HTLV-1 em pacientes com paraparesia espástica tropical/mielopatia associada ao HTLV-1 em Belém do Pará, estudo que abrange áreas da capital e interior do norte do Brasil (GONÇALVES et al., 2010; SOUZA et al., 2006).

Foi percebido a partir das análises que os depoentes relacionam o HTLV a outras patologias como, por exemplo, o HIV e suas condutas. O HTLV é transmitido semelhante

à forma do HIV, ou seja, por meio dos fluidos corpóreos, como por exemplo, por meio do esperma, de secreções vaginais, do sangue, da gestante para o bebê durante o processo de amamentação (BRASIL, 2011).

No entanto muito bem identificados como errôneo, em respostas dadas pelos depoentes, existem algumas características que diferenciam o HTLV, isto é, enquanto o HIV é transmitido na sua majorietariedade através da placenta ou durante o parto, a transmissão do HTLV é da mãe para o seu bebê, principalmente durante a amamentação, estando diretamente relacionada com o tempo de amamentação (risco é renovado a cada exposição da criança ao leite materno) (FUJITO; NAGATA, 2000; BIGGAR et al., 2006).

Ainda comparando com o retrovírus do HIV, o HTLV tem características biológicas diferentes, onde, enquanto o HIV induz a doença clínica na quase totalidade dos indivíduos infectados, o HTLV só leva ao aparecimento de sintomatologia clínica em uma minoria dos pacientes (GOTUZZO et al., 2000; BRASIL, 2013)

O retrovírus descrito anteriormente tem como regiões endêmicas faixas diversas com presença por todo globo por isso a difícil noção distribuição do mesmo para os depoentes, o HTLV-I é endêmica no sudoeste do Japão, no Caribe e em partes da África. Nessas áreas, onde a infecção pelo HTLV-I é endêmica, a taxa de prevalência é tão alta quanto 15% da população geral, como exemplo no Japão, essa taxa chega a 30% da população adulta. Já no Caribe, sua distribuição é de 2% a 5% dos adultos negros, não podendo deixar de lado que, as taxas de prevalência aumentam com a idade e normalmente são mais altas em mulheres, devido aos meios de transmissibilidade e a dificuldade de prevenção por parte dos homens algo que discutiremos a seguir (BRASIL, 2013).

Lembramos ainda da dificuldade de prevenção a novos casos, em razão dos dados analisados em relação à resposta fornecida por dois (02) depoentes, em situação à certeza de não possuírem o vírus, sem quaisquer realizações de testes e ainda corresponderem ao questionário socioeconômico com estado civil de casado, demonstrando ainda a dificuldade em uma sociedade, sexista, falocrática, preconceituosa e estigmatizante, à busca por prevenção e promoção de saúde por parte do gênero masculino. A transmissão sexual do HTLV indica ser mais frequente de homens para mulheres, do que de mulheres para homens. Em um estudo com casais desenvolvido no Japão, foi calculada a eficiência de transmissão sexual de homens para mulheres em 61% em um determinado tempo, comparado com menos que 1% de mulheres para homens (ISHIDA; YAMAMOTO; OMOTO, 1985).

Já no Brasil, resumimos a soroprevalência de algumas cidades do Brasil, com dados coletados de diagnósticos de bancos de sangue nacionais, conforme exposto junto ao quadro 1.

QUADRO 1 – Achados epidemiológicos de bancos de sangues nacionais sobre o HTLV:

UNIDADE FEDERATIVA	TOTAL DE CASOS
São Paulo	0,4%
Rio de Janeiro	0,18%
Belém	1,0%
Salvador	1,5%
Porto Alegre	0,4%

FONTE: CATALAN-SOARES e PROIETTI, 2006.

O vírus HTLV-1 é o tipo predominante de regiões urbanas, podendo ser mais elevado onde, há maior concentração de população afrodescendente, como por exemplo, no estado da Bahia (BA), na cidade de Salvador o índice é mais elevado, sendo o mesmo é de aproximadamente 1,5% de casos na população da cidade, ao contrario das respostas obtidas dos sujeitos da pesquisa, pois São Paulo representa apenas 0,4% de casos de HTLV (CARVALHO, 2010; CARNEIRO-PROIETTI et al., 2002).

Os autores do presente estudo acreditam que durante a análise de dados, a pouca fomentação de literatura sobre a patologia, e ainda mesmo com os esforços do Ministério da Saúde o HTLV se encontra negligenciado quanto patologia, a dificuldade dos depoentes em relacionar os exames corretos tanto para a triagem, quanto os exames comprobatórios somente confirmam ainda mais esse déficit. Além de ser feito os testes de triagem (ELISA e aglutinação de partículas) para a confirmação do mesmo, ainda são utilizados testes adicionais como o Western Blot (WB), Imunofluorescência indireta (IFI) e a proteína C-reativa (PCR) (CATALAN-SOARES, 2006; BRASIL, 2013).

Devido aos grupos estudados, se tratar por futuros profissionais da área de saúde, salientamos outras preocupantes formas de transmissão à contaminação laboral, isto é, trabalhadores da saúde que cuidam de pacientes infectados e manipulam esses materiais, por exposição percutânea com sangue contaminado pelo portadores de HTLV, por isso e por outras periculosidades do trabalho em geral a busca por conhecimento tanto de profissionais quanto pacientes com sorologia positiva à patologia se torna presente e necessária (BRITO-MELO, 2000; FERNANDES; SILVA, 2014).

5. CONCLUSÕES

O presente trabalho se dedicou a apresentar uma pesquisa de campo quantitativa relacionada à questão do conhecimento de graduandos quanto ao vírus HTLV. Apesar do alto grau de homologia entre os dois (02) tipos de vírus (HTLV-I/II), as implicações incertas do prognóstico para pessoas infectadas e suas formas de transmissão constituem um problema de saúde pública, principalmente em áreas consideradas endêmicas.

A importância da assistência pré-natal quanto ao HTLV, levou o Ministério da Saúde (MS) a se preocupar, sendo uma das razões para implantar dentro do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), já que um dos seus objetivos é justamente melhorar a cobertura e a qualidade da assistência pré-natal, a recente introdução do programa de humanização e dos exames rápidos atribuídos pela rede cegonha, conforme anexo I.

Concluindo que a Enfermidade é negligenciada e pouco conhecida quando comparada ao HIV e outras DST's, mesmo com os esforços do MS e outros órgãos da saúde. Os meios de comunicação pouco difundem as questões relacionadas à enfermidade, estudos publicados em periódicos científicos nacionais são reduzidos e os internacionais publicados em língua inglesa realizam associação com outras enfermidades.

Por conta do HTLV se constituir enquanto enfermidade assintomática, não apresentando modificações de debilidades visivelmente perceptíveis em seus portadores, e o reduzido conhecimento social de suas complexidades, ele prevalece na obscuridade, se constituindo enquanto mais um desafio aos profissionais da área da saúde, quanto à educação em saúde, promoção e prevenção da mesma.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEIKE, M. A. Retroviral coinfections: HIV and HTLV: Taking stock of more than a quarter century of research. **AIDS Research and Human Retroviruses**, Larchmont, v. 28, n. 2, p. 139-147, fev. 2012.

BIGGAR, R. J.; NG, J.; KIM, N.; HISADA, M.; LI, H.; CRANSTON, B. ; HANCHARD, B.; MALONEY, E.M. Human leukocyte antigen concordance and the transmission risk via breast-feeding of human T-cell lymphotropic virus type I. **The Journal of Infectious Diseases**, Oxford, v. 193, p. 277-282, jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HTLV: Guia de manejo clínico do paciente com HTLV**. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília (DF). 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico e rede cegonha/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Guia do manejo clínico do HTLV / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRITO-MELO G.E.A. **Perfil fenotípico e funcional dos leucócitos do sangue periférico de indivíduos infectados pelo HTLV-I**. Dissertação de mestrado 105f, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

CARNEIRO-PROIETTI, A.B.F. Infecção e doença pelos vírus linfotrópicos humanos de células T (HTLV-I/II) no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Uberaba, v. 35, n. 5, p.499-508, set./out. 2002.

CARVALHO, E. S. S. **Viver a sexualidade com o corpo ferido: representações de mulheres e homens**. Tese (Doutorado em Enfermagem) 255f. Programa de saúde – Universidade Federal da Bahia -UFBA, Salvador, 2010.

CATALAN-SOARES, B.C.; LOUREIRO, F.C.M., PROIETTI, A.B.F.C. **Aconselhamento do paciente e prevenção da infecção por HTLV**. Cadernos Hemominas – HTLV. Volume XII. 4º ed. atualizada e aumentada. Belo Horizonte: Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais, p. 236-242, 2006.

CATALAN-SOARES, B.C.; PROIETTI, F.A. **HTLV-1 e 2: Aspectos epidemiológicos**. Cadernos Hemominas – HTLV. Volume XII. 4º ed. atualizada e aumentada. Belo Horizonte: Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais, p. 69-85, 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) and the U.S.P.H.S. Working Group. Guidelines for counseling persons infected with human T lymphotropic virus Type I (HTLV---I) and type II (HTLV---II) infection. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v.118, p. 448-54, mar. 1993.

FERNANDES, L.; SILVA, M.A. **Vírus T-linfotrópicos humanos (HTLV-I e II)**. Universidade de Évora, 2003. Disponível em: <<http://www.htlv.com.br/index.htm>>. Acesso em: 12 Out. 2014.

FUJITO, T.; NAGATA,Y. HTLV-I transmission from mother to child. **Journal of Reproductive Immunology**, Limerick, v. 47, p. 197-206, Jul. 2000.

GALLO, R. C. The discovery of the first human retrovirus: HTLV-I and HTLV-II. **Retrovirology**, London v. 2, n. 17, p.[s.n.], Mar. 2005.

GONÇALVES, D.U.; PROIETTI, F.A.; RIBAS, J. G.; ARAÚJO, M.G.; PINHEIRO, S.R.; GUEDES, A.C.; CARNEIRO-PROIETTI A.B.F. Epidemiology, treatment, and prevention of human T-cell leukemia virus type 1 associated diseases. **Clinical Microbiology Reviews**, Washington, v. 23, n. 3, p. 577-89, jul. 2010.

GOTUZZO, E.; ARANGO, C.; ARAUJO, A.Q.C.; ISTURIZ, R.E. Human T-cell lymphotropic virus in Latin America. **Infectious Diseases Clinic North America**, Philadelphia, v.14, p. 211-239, mar. 2000.

ISHIDA, T.; YAMAMOTO, K.; OMOTO, T. Prevalence of a human retrovirus in Native Japanese: evidence for a possible ancient origin. **Journal of Infection**, Kent, v. 11, p. 153-7, set. 1985.

JEANG, K. T. Retrovirology highlights a quarter century of HTLV research. **Retrovirology**, London, v. 2, n 15, p.[sn], mar. 2005.

PROIETTI F.A.; LIMA-MARTINS M.V.C.; PASSOS V.M.A.; BRENER S., CARNEIRO-PROIETTI A.B.F.. HTLV-I/II seropositivity among eligible blood donors from Minas Gerais State, Brazil. **Vox Sanguinis**, Vancouver, v.67, p.77, jul. 1994.

SOUZA, L. A.; LOPES, I.G.L.; MAIA, E. L.; AZEVEDO, V. N.; MACHADO, L.F.A.; ISHAK, M. O. Caracterização molecular do HTLV-1 em pacientes com paraparesia espástica tropical/mielopatia associada ao HTLV-1 em Belém, Pará. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 39, n. 5, p. 504-506, Out. 2006.

VAHLNE A. A historical reflection on the discovery of human retroviruses. **Retrovirology**, London v. 6, n. 40 p,[s.n.], maio. 2009.

7. ANEXO I – PORTARIA DO REDE CEGONHA (DF)

PORTARIA Nº 247, DE 09 DE NOVEMBRO DE 2012.

Institui os Exames de Triagem da Gestante no âmbito do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal (SUS/DF) O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições regimentais que lhe conferem o inciso “X” do artigo 204, do Regimento Interno da Secretaria de Saúde, aprovado pela Portaria nº 40, de 23 de julho de 2001: e Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção a Saúde no âmbito do SUS; Considerando a Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 que institui no âmbito do Sistema único de Saúde – SUS a Rede Cegonha; Considerando a Portaria GM/MS nº 2.351, de 5 de outubro 2011, que altera a Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011; Considerando a Portaria SAS/ MS nº 650, de 5 de outubro 2011, que dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha; Considerando o Plano de Ação da Rede Cegonha no Distrito Federal; e Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, RESOLVE:

Art. 1º Instituir, no âmbito da Rede Cegonha do Distrito Federal, os Exames de Triagem para Gestante.

Art. 2º Os Exames de Triagem para Gestante tem o objetivo de qualificar as ações de pré-natal, permitindo a detecção precoce, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento das doenças que serão monitoradas no ciclo gravídico-puerperal.

Art. 3º A Triagem para Gestante constitui-se de exames do tipo: testes rápidos, testes em papel filtro, análises clínicas e imunohematológicas.

§1º Os testes rápidos a serem oferecidos serão os de diagnóstico de Gravidez, bem como paradedecção de Sífilis e HIV;

§2º Os exames realizados em papel filtro serão: Toxoplasmose (IgM e IgG), Hepatite B (Anti-HBcAg e HBsAg), Hepatite C (anti-VHC), TSH, Sífilis recombinante, HIV 1 e 2, HTLV 1 e 2, Rubéola (IgM e IgG), Citomegalovirus IgM e Hemoglobina S;

§3º Os exames de análises clínicas englobam: Hemograma Completo, Glicemia de Jejum, EAS, EPF, Urocultura e Teste de Tolerância Oral à Glicose com 75g (dosagem em 0’ e 120’);

§4º As análises imunohematológicas incluem os exames de Tipagem Sanguínea, Fator RH e Coombs Indireto.

Art. 4º Os Exames de Triagem para Gestante deverão integrar o grupo de exames laboratoriais de pré-natal em todos os pontos de atenção vinculados à Rede Cegonha no DF.

§1º Os exames deverão ser oferecidos às gestantes no momento da entrada da mulher nos pontos de atenção, no segundo trimestre de gestação, preferencialmente entre a 24ª e a 26ª semana e no terceiro trimestre de gravidez, preferencialmente entre a 34ª e a 36ª semana, conforme demonstra o Anexo I desta portaria.

Art. 5º A coleta de material para a realização dos exames de triagem em papel filtro será feita pelo profissional de saúde da unidade na qual a gestante estiver sendo atendida, por meio de punção digital, devendo o material coletado ser armazenado em papel de filtro específico.

§1º O recolhimento do material coletado para os exames, assim como a entrega dos resultados impressos e eletrônicos, nas unidades, será de responsabilidade da entidade que realizá-los.

Art. 6º Caberá a entidade que executar a análise dos exames de triagem em papel filtro o provimento de todo o material necessário para coleta e realização dos mesmos, aí incluídos os insumos para coleta, papel filtro para depósito do sangue coletado, assim como todos os recursos logísticos para recolhimento do material e devolução dos laudos eletrônicos no SISPRENATALWEB, LAB TRAK, prontuário eletrônico e impressos.

§ 1º A entidade prestadora dos serviços deverá prover os processos de integração entre os sistemas de informação utilizados pela SES/DF, sem custos para a Secretaria, com vistas a disponibilização eletrônica dos resultados e de suas respectivas estatísticas.

Art. 7º Para realizar os exames, todas as gestantes deverão estar obrigatoriamente cadastradas no Sis prenatalWEB.

Art. 8º Caberá ao Laboratório Central – LACEN/DF o controle de qualidade dos exames de triagem para gestantes, realizando a retestagem de 20% dos resultados negativos e da totalidade dos confirmatórios para os casos positivos, ou outros percentuais que venham a ser posteriormente definidos pela área técnica.

Art. 9º Definir que os recursos financeiros a serem destinados ao financiamento das atividades estabelecidas nesta Portaria serão oriundos dos repasses feitos pelo Ministério da Saúde, no bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

§ 1º O faturamento dos referidos testes será feito via Boletim de Produção Ambulatorial – BPAa ser apresentado por laboratório cadastrado e habilitado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS/MS.

Art. 10 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RAFAEL DE AGUIAR BARBOSA