

ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NO CUIDADO A GESTANTE INFECTADA PELO HTLV-1 e 2

ACTING OF NURSE IN CARE OF PREGNANTS INFECTED HTLV-1 and 2

Camila Auxiliadora Cardoso da Silva*

Carolina Pedroza de Carvalho Garcia**

Aidê Nunes da Silva***

RESUMO

O vírus linfotrópico da célula T humana tipo 1 (HTLV-1) foi o primeiro retrovírus humano descrito. O HTLV-2, vírus linfotrópico das células T humana tipo 2, foi identificado em 1982. A prevalência de HTLV-1 no Brasil é diversificada e guarda relação tanto com a região geográfica quanto do grupo analisado. Um estudo populacional realizado em Salvador detectou prevalência de 1,76%, além de maior prevalência em mulheres e associação com menores níveis de escolaridade e renda. Como a via mais frequente de transmissão vertical do HTLV-1 e 2 é a amamentação e considerando a maior prevalência nas mulheres, é muito importante a garantia e realização de exames de triagem para HTLV-1 e 2 como parte do pré-natal. Esses indivíduos mantêm uma rede de transmissão silenciosa, desse modo, a enfermeira junto a equipe multiprofissional tem um papel fundamental nos níveis de prevalência da transmissão vertical. Esse estudo tem como objetivo geral descrever a atuação da enfermeira no cuidado a gestante infectada pelo HTLV-1 e 2 e específico, identificar complicações em mulheres gestantes infectadas pelo HTLV-1 e 2. Trata-se de um estudo bibliográfico narrativo cuja trajetória metodológica apoia-se nas leituras, exploratória e seletiva do material de pesquisa bibliográfica, tendo busca bases de dados: (SCIELO), (LILACS), indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através dos descritores, HTLV I, HTLV II e Gestantes. Diante do exposto, a profissional enfermeira junto com a equipe multiprofissional exerce papel importante na assistência pré-natal, parto e puerpério, seja na detecção precoce da infecção pelo HTLV-1 e 2, triagem dessa população vulnerável e familiares para orientações e encaminhamentos a rede assistencial, impactando desse modo nos elevados níveis de transmissão vertical.

Palavras-chave: Atuação. Enfermeira. Cuidado. Gestante. Infectada. HTLV-1 e 2.

* Pós-Graduada do Curso de Enfermagem Obstétrica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. E-mail: camlaenf08@gmail.com

** Mestre em Enfermagem. Docente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. E-mail: carola0813@gmail.com

*** Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família. Docente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. E-mail: aidesilva@bahiana.edu.br

The Lymphotropic Virus of the T-cell in human type 1 (HTLV-1) was the first human retrovirus described. The HTLV-2, Lymphotropic Virus of the T-cell in human type 2 was identified in 1982. The prevalence of HTLV-1 in Brazil is diversified and keeps relationship with both the geographic region and the group analyzed. A population study carried out in Salvador has detected prevalence of 1.76%, in addition to higher prevalence in women and its association with lower levels of schooling and income. As the most frequent vertical transmission of HTLV-1 is breast feeding and considering the higher prevalence in women, it is very important the warranty and fulfillment of screening tests for HTLV-1 and 2 as part of the prenatal. These individuals maintain a network of silent transmission, that way, the nurse together with the multidisciplinary team has a key role in the levels of prevalence of vertical transmission. This study has as general goal to describe the performance of the nurse in the care of pregnant women infected by the HTLV-1 and 2, and specific, identify complications in pregnant women infected by the HTLV-1 and 2. This is a narrative bibliographic study whose methodological trajectory is based on the readings, exploratory and selective of the material from the bibliographic search, with search databases: (SCIELO), (LILACS), indexed in the Virtual Health Library (VHL), through the descriptors, HTLV I, HTLV II, and Pregnants. Given the exposed, the professional nurse, along with multidisciplinary team, performs an important role in prenatal care, childbirth and the puerperium, it is in the early discovery of infection by HTLV-1 and 2, screening of this vulnerable population and family for guidance and referrals for assistencial network, impacting in this way on the high levels of vertical transmission.

Keywords: Performance; Nurse; Care; Pregnant; Infected; HTLV– 1 and 2.

1 INTRODUÇÃO

O vírus linfotrópico da célula T humana tipo 1 (HTLV-1) foi o primeiro retrovírus humano descrito. O vírus foi inicialmente associado com a leucemia de células T do adulto (ATL) no Japão em 1977, sendo depois encontrado em diversas partes do mundo. Foi isolado em 1980 de um paciente com linfoma cutâneo de células T. Posteriormente, este vírus foi associado com as doenças neurológicas paraparesia espástica tropical (TSP) e mielopatia associada à HTLV (HAM), hoje conhecida como HAM/TSP (PROIETTI, 2015).

O HTLV-2 (vírus linfotrópico das células T humana tipo 2) foi identificado em 1982 em uma linhagem contínua de células T obtidas de um paciente com tricoleucemia (leucemia

de células pilosas), e apresenta diferenças antigênicas em relação ao HTLV-1. Este vírus raramente foi associado a manifestações neurológicas (PROIETTI, 2015).

O HTLV pertence à família *Retroviridae* e à subfamília *Orthoretrovirinae* e ao gênero *Deltaretrovirus*. As infecções causadas por estes vírus são antigas nos homens. Retrovírus relacionados ao HTLV estão disseminados em primatas do velho mundo.

O nome PTLV (vírus linfotrópico de células T de primatas - *Primate T-lymphotropic virus*) tem sido proposto para agrupar vírus relacionados que têm como hospedeiros primatas humanos (HTLV) e não humanos (STLV), vírus linfotrópico da célula T de símios - *Simian T-lymphotropic virus*). A similaridade do genoma de HTLV-1 com STLV pode ser mesmo maior do que entre o HTLV-1 e o HTLV-2. Os HTLV se originaram independentemente e estão relacionados a STLV-1 e STLV-2 respectivamente (PROIETTI, 2015).

Os estudos afirmam que o HTLV deve ter emergido do contato entre humanos e primatas não humanos infectados. A possibilidade de transmissão zoonótica do STLV para populações humanas naturalmente expostas aos primatas, através de atividades como a caça, merece atenção da saúde pública por causa da natureza transmissível e patogênica desses vírus aos humanos (PROIETTI, 2015).

Os estudos, relatam que, trinta anos após a identificação do vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV-1), tem-se acumulado o conhecimento epidemiológico sobre ele: a sua distribuição geográfica está bem definida, embora algumas questões ainda não plenamente esclarecidas persistam, por exemplo, a coexistência de áreas de alta prevalência (Sudoeste do Japão) e regiões vizinhas apresentando baixa prevalência (Coreia, China e Rússia Oriental e alguns aparentes focos de infecção no Irã) (PROIETTI, 2015).

O Brasil é provavelmente o país com o maior número absoluto de portadores do HTLV-1 e 2 no mundo, com prevalência de HTLV-1 e 2 de 48/10.000 doadores. No entanto, a soroprevalência de HTLV-1 e 2 varia de acordo com comportamentos de risco individuais, fatores sociodemográficos e região geográfica, mas estudos de prevalência em grupos específicos confirmam a presença do HTLV-1 e HTLV-2 em todo o país. A menor prevalência para o HTLV-1 encontra-se na região Sul e as maiores nas regiões Norte e Nordeste, o que pode ser explicado pelo maior contingente de africanos imigrados na época do Brasil colonial, uma vez que se sabe que o continente africano é o local de origem deste vírus. Acredita-se que o HTLV-2 esteja mais associado com a imigração de asiáticos para o território brasileiro, estando também presente principalmente entre as populações nativas do país (PROIETTI, 2015).

Estima-se que o Brasil tenha cerca de 2,5 milhões de portadores do vírus, o que representa o maior número absoluto de infecções no mundo. Entretanto, as taxas de prevalência

são bastante heterogêneas, e essa variação depende tanto da região geográfica, como do grupo analisado (jovens, gestantes, mulheres, etc.). A prevalência de HTLV-1 no Brasil é diversa, dependendo tanto da região geográfica quanto do grupo analisado (MELLO, 2014).

O estudo populacional de Melo (2014), realizado em Salvador detectou prevalência de 1,76%, além de maior prevalência em mulheres e associação com menores níveis de escolaridade e renda. Como a via mais frequente de transmissão vertical do HTLV-1 é a amamentação e considerando a maior prevalência nas mulheres, é muito importante a realização de exames de triagem para HTLV-1 e 2 como parte do pré-natal.

Diante do exposto, esse estudo tem como pergunta de investigação, qual a atuação da enfermeira na assistência a gestantes infectadas pelo HTLV-1 e 2? Como objetivo geral, descrever a atuação da enfermeira no cuidado a gestantes infectadas pelo HTLV-1 e 2 e específico, identificar complicações em mulheres gestantes infectadas pelo HTLV-1 e 2.

2 RACIONAL TEÓRICO

2.1 Histórico e classificação viral

O vírus linfotrófico da célula T humana tipo 1 (HTLV-1) foi o primeiro retrovírus humano descrito (Poeiz et. al. 1980) e causa a paraparesia tropical espástica/ mielopatia associada ao HTLV-1 (PET-MAH), (Gessain et al. 1985 e Osame et al. 1986). A leucemia/linfomas de células T do adulto (LLCA) (Hinuma et al. 1981), a uveíte associada ao HTLV-1 (UAV), (Mochuzuki et. al. 1992) e a dermatite infectiva (DI), (Blattner, W et. al, 1990).

2.2 Epidemiologia do HTLV-1 e 2

Mais de duas décadas após a identificação do HTLV-1 e 2 foi possível descrever um evidente padrão epidemiológico: variação de prevalência em regiões geográficas distintas, aumento da prevalência com a idade, maior soroprevalência no sexo feminino e agregação familiar da infecção e de patologias relacionadas ao vírus (KAJIYAMA W, et al. 1986) e (LU, SC. et al., 2001).

No Brasil, a infecção pelo HTLV-1 e 2 apresenta um padrão mundial de características epidemiológicas: a soropositividade aumenta com a idade, apresentando-se maior em indivíduos com comportamento de risco para adquirir doenças sexualmente transmissíveis, em pacientes politransfundidos e em usuários de drogas endovenosas. Enfim, no Brasil, o HTLV-

1 e 2 encontra-se presente em todas as regiões, com menor prevalência nos extremos norte e sul e maior no Sudeste e no estado da Bahia (BRASIL, 2013).

2.3 Vias de transmissão pelo HTLV-1 e 2

O HTLV-1 e 2 pode ser transmitido por relações sexuais, agulhas ou seringas contaminadas, pelo leite materno e pela transfusão de sangue e seus derivados. O aleitamento materno é a principal via de infecção vertical, ocorrendo em 20% a 30% dos lactentes amamentados por mães infectadas; o risco está associado com variáveis individuais, como, por exemplo, o tempo de amamentação. A transmissão intrauterina ou no período periparto ocorre em menos de 5% dos casos (BRASIL, 2013)

A transmissão por meio do sexo é mais eficiente do homem para a mulher, de modo que a infecção se revela mais elevada em mulheres. Um estudo realizado no Japão foi demonstrado a eficiência da transmissão de homens para mulheres em 61% comparadas a menos de 1% no sentido inverso. O risco de transmissão também foi associado com a duração da relação sugerindo que o contato sexual repetido aumenta a probabilidade da transmissão viral (DE LIMA *et al.*, 2015).

A via de transmissão favorece o desenvolvimento de doenças específicas associadas ao HTLV-1 e 2. A leucemia/linfoma de células T do adulto (LLcTA) correlaciona-se com o aleitamento materno, enquanto a mielopatia associada ao HTLV-1 e 2 paraparesias espásticas tropical (PET/MAH) correlaciona-se com a transfusão de sangue (BRASIL, 2013).

A transmissão vertical ocorre em cerca de 20% dos filhos de mães infectadas, sendo sua principal via o aleitamento materno prolongado. A prevalência da infecção sofre variações regionais, indo de 0,13% no Mato Grosso do Sul a 0,8% na Bahia. O maior impacto da infecção pelo HTLV-1/2 em mulheres ocorre no puerpério em função da recomendação para a não prática do aleitamento materno (BARMPPAS *et al.*, 2014).

A pesquisa dos possíveis fatores de risco para a infecção na gestante, considerou-se como transmissão vertical os casos cujas mães apresentaram sorologia anti-HTLV-1 e 2 positiva. Já para a transmissão sexual, considerou-se gestantes com história de multiparceria, com parceiros positivos, com mães negativas, que não foram expostas a transfusões de sangue e/ou hemoderivados e que negaram uso de drogas (DAL FABRO *et al.*, 2008).

2.4 Patologias da Infecção pelo HTLV 1/2 e doenças associadas

As patologias mais frequentes decorrentes da infecção pelo HTLV-1 e 2 são: a Leucemia/linfoma de células T do adulto, paraparesia espástica tropical-mielopatia associada

ao HTLV (TSP/HAM), uveíte e dermatite infectiva, sendo a ATL e a TSP/HAM as manifestações clínicas mais relevantes relacionados ao vírus (MELLO, 2014).

De acordo com outros estudos, a associação entre algumas condições clínicas da mãe e taxa de infecção, descobrindo que os filhos de mães com paraparesia espástica tropical tinham 8,3 vezes mais risco de infecção do que os filhos de mães assintomáticas. Diversos estudos em países endêmicos têm encontrado uma associação entre aumento do risco de transmissão vertical do HTLV-1 e 2 e a carga proviral no sangue periférico materno (BRASIL, 2013).

2.5 Diagnósticos - Laboratoriais

O diagnóstico da infecção pelo vírus linfotrópico humano requer habilidade em detectá-lo e também em diferenciar os dois subtipos. A estratégia que permite tal diferenciação tem evoluído de acordo com a disponibilidade das novas técnicas desenvolvidas, como as técnicas sorológicas e moleculares. É realizado através de dois tipos de testes: inicialmente por testes de triagem: ensaio imunoenzimático (ELISA), que apresentam alta sensibilidade e são baseados na detecção de anticorpos contra o vírus, e posteriormente por testes confirmatórios: reação em cadeia da polimerase (PCR), *Western Blot* e Imunofluorescência Indireta, que são mais específicos (PAULA, 2014).

2.6 Tratamento da infecção pelo HTLV-1 e 2

Não existe, até o momento, vacina contra o HTLV-1 e 2. A prevenção deve ser feita através da detecção e do aconselhamento dos indivíduos infectados. Isto é especialmente importante em áreas endêmicas para o vírus, onde a transmissão ocorre silenciosamente, sem que as partes envolvidas tenham consciência dela, seja devido à ignorância sobre o *status* de positivo, seja pelo desconhecimento total sobre a existência do vírus (PROIETTI, 2015).

Segundo Proietti e outros colaboradores (2015) devido à complexidade das diferentes doenças associadas a esses retrovírus, torna-se necessária uma equipe de saúde multidisciplinar para cuidar das pessoas vivendo com HTLV-1 e 2 de forma integrada com observância aos aspectos biopsicossociais. Essa assistência deve contemplar a consulta com enfermeira, o acolhimento, solicitação de exames, o diagnóstico laboratorial, o aconselhamento, o seguimento clínico dos portadores assintomáticos e sintomáticos, as medidas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas e de prevenção da transmissão da infecção, tanto horizontal quanto verticalmente.

Desta forma, deve-se oferecer a gestante testes em papel filtro permitindo a detecção precoce de HTLV-1 e 2 e aos familiares de pacientes positivos, incluindo as parcerias, mães,

filhos e irmãos. Esta medida se justifica pelos frequentes relatos de agregação familiar da infecção. Apesar de haver casos que resistem em comunicar a infecção à família, os indivíduos soropositivos precisam ser orientados da importância de comunicarem o resultado de seus exames a seus parceiros sexuais para que estes também realizem a pesquisa de HTLV (PROIETTI, 2015).

2.7 Prevenção da infecção pelo HTLV 1e 2: implicações na vulnerabilidade individual, social e programática

Não existe vacina preventiva para a infecção por HTLV-1 e 2, e o prognóstico das doenças a ele associadas (LLcTA e PET/MAH) é muito ruim, em termos de sobrevivência e qualidade de vida. O custo financeiro e social para o indivíduo, sua família e o sistema de saúde é muito alto nos casos de PET/MAH, doença progressiva de longa duração. Portanto, intervenções em saúde pública, tais como aconselhamento e educação dos indivíduos e comunidade (BRASIL, 2013).

Prevenir a transmissão materno-infantil terá impacto significativo na redução das doenças associadas ao HTLV-1 e 2. A triagem para HTLV-1 e 2 no pré-natal deve ser uma prioridade da rede assistencial, assim como compromisso ético da enfermeira e equipe multiprofissional. Um “*cuidar*” que não deve negligenciar a importância do aconselhamento a mães soropositivas em relação à transmissão do vírus por meio da amamentação natural (BRASIL, 2013).

As recomendações para prevenção da transmissão sexual devem ser enfatizadas, com estímulo para o uso de preservativos em todas as relações sexuais. O aconselhamento aos usuários de drogas injetáveis (UDI) e a implantação de políticas de redução de danos podem ser medidas eficazes para reduzir a infecção pelo HTLV-1 e 2 nessa população altamente vulnerável (BRASIL, 2013).

Considerando que as mães portadoras do HTLV-1 e 2 em nosso meio são geralmente de classe social baixa, é necessário que seja fornecido para seus lactentes suprimento nutricional alternativo e assistência pediátrica. Em Nagasaki (Japão), uma ampla intervenção usando essa estratégia bloqueou em cerca de 80% a transmissão vertical do HTLV-1 e 2 (BITENCOURT, PRIMO, OLIVEIRA, 2006).

Ainda de acordo com os estudos Brasil (2013) os problemas psicossociais como depressão, aumento da ansiedade, dificuldade em estabelecer e manter relacionamentos, medo ou culpa em relação à gravidez podem ser os mais frequentes efeitos colaterais associados ao diagnóstico da infecção pelo HTLV-1 e 2. Portanto, o acesso ao aconselhamento adequado e

às informações corretas é de fundamental importância para os indivíduos soropositivos para o HTLV-1 e 2.

Diante do impacto da infecção pelo HTLV-1 e 2 na vida dos cidadãos e familiares se faz necessário a adoção de políticas públicas urgentes pelas esferas federal, estadual e municipal constituindo não somente ações pontuais, mas ações de educação permanente sobre a temática da equipe multiprofissional da rede de saúde, folhetos educativos, inclusão do HTLV nas disciplinas nas universidades, campanhas nas diversas mídias, entre outras (DE LIMA *et al.*, 2015). Faz-se necessário, ainda, à implantação de uma rede assistencial na atenção primária, secundária e terciária com equipes multiprofissionais qualificadas.

Na Bahia, o movimento desencadeado pela Associação HTLVida em parceria com o Centro Interdisciplinar de HTLV da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública desencadeou o desenho de políticas públicas por parte da Secretaria Estadual de Saúde, desenho esse construído a partir das reivindicações dos cidadãos com HTLV.

O quadro 1 abaixo sintetiza as recomendações para prevenção do HTLV-1 e 2.

Quadro 1 – Recomendações para a prevenção da transmissão do HTLV-1 e 2.

RECOMENDAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Não doar sangue, leite materno, esperma ou órgãos.	Apesar do leite em bancos de leite ser pasteurizado, não há estudos sobre sua segurança em relação à presença do HTLV.
Não compartilhar ou reutilizar agulhas e seringas.	No caso de usuários de drogas endovenosas, esta recomendação deve ser acompanhada de programas específicos (por exemplo, programas de redução de danos).
Não amamentar.	Nos países em desenvolvimento, devido ao risco de desnutrição infantil, é fundamental garantir a alimentação alternativa (fórmula) para o recém-nascido. Se esta for inviável, proceder à fervura ou ao congelamento/descongelamento do leite materno, para inativar o vírus.
Usar preservativos nas relações sexuais.	A exceção será no período fértil, caso o casal esteja planejando gravidez. Essa atitude diminui o risco de transmissão.

Fonte: (PROIETTI, 2015).

2.8 Políticas de Atenção à Saúde da Gestante: ênfase em HTLV-1 e 2

De acordo a Portaria nº 247, de 09 de novembro de 2012 foi instituído os exames de Triagem da gestante no âmbito do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal (SUS/DF).

O Art. 2º da Portaria 247/2012-MS reafirma que os exames de triagem para as gestantes têm 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 (FEDERAL, 2012).

O Art. 3º da portaria supracitada apresenta a lista dos exames para a triagem das gestantes: testes rápidos, testes em papel filtro, análises clínicas e imunohematológicas. §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, Rubéola (IgM e IgG), Citomegalovirus IgM e Hemoglobina S; (FEDERAL, 2012).

O Art. 4º da portaria supracitada afirma que 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. 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 (FEDERAL, 2012).

2.8.1 – A Enfermeira na Atenção à Gestante: Política de Estado para qualificação profissional na área obstétrica.

O Ministério da Saúde vem financiando e estimulando a qualificação da enfermagem obstétrica para acolher as escolhas da mulher no processo de parto e nascimento, por meio de uma cuidadosa avaliação de suas condições clínicas e obstétricas, como parte da estratégia da Rede Cegonha, para ampliar e qualificar a assistência prestada às gestantes e aos bebês no Sistema Único de Saúde (SUS) (ABENFO-BAHIA, 2014)

Entretanto, é imperativo que se estimule implantação de políticas de Saúde Pública no âmbito da Atenção Primária, secundária e terciária que assegure assistência qualificada as gestantes por parte das equipes multidisciplinar com ênfase a detecção precoce no Pré-Natal, parto seguro, puerpério e acompanhamento posterior dessa cidadã e seus familiares (DE LIMA *et al.*, 2015).

2.8.2 Atuação da enfermeira na assistência a gestante infectada pelo HTLV-1 e 2.

A integralidade da assistência não pode ser definida apenas como uma diretriz básica do SUS, mas deve ser percebida como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência livre de reducionismo; com uma visão abrangente do ser humano, tratando não somente como seres doentes, mas como pessoas dotadas de sentimentos, desejos e aflições (PINHO, SIQUEIRA, PINHO, 2006).

No exercício de sua profissão a profissional Enfermeira é formada para colocar em prática o disposto na Lei 7.498 de 1986: um “*cuidar*” ético, acolhedor, livre de imprudências e imperícias, exercitando um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de promoção à saúde, prevenção dos agravos, ações curativas, cuidados paliativos no campo individual e coletivo em todos os níveis de complexidade do sistema (ABENFO-BAHIA, 2014).

A enfermeira como uma profissional participe da equipe multiprofissional tem como premissa exercer um papel político, técnico, administrativo e assistencial: vincula-se aos cidadãos reconhecendo-os como “*peças de direito à saúde*” suscitando a ampliação do “Cuidar” para responsabilização para com os resultados das práticas de atenção não somente individual, mas em equipe.

Segundo Pinho, Siqueira, Pinho, (2006) A Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 198, II, estabelece prioridades para as atividades preventivas, coerentemente com o mandamento enunciado no artigo 196 que diz respeito ao combate às causas da doença e de outros agravos. O cidadão com diagnóstico de HTLV, no entanto, vive a realidade de um agravo negligenciado. A garantia do princípio da integralidade implica, também, dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde ao processo de cuidar.

Gestantes cidadãs e coletividade com HTLV-1 e 2, especialmente em Salvador, capital no Brasil com maior prevalência dessa infecção, carecem de uma rede assistencial organizada em todos os níveis de atenção, assegurada pelas esferas federal, estadual e municipal. Esse princípio, são pressupostos fundamentais para as possibilidades da Enfermeira e/ou Enfermeira obstetra e equipe multiprofissional promover, detectar, prevenir, reabilitar indivíduos, famílias e comunidade, e, sobretudo, quebrar a cadeia de transmissão silenciosa que vem se perpetuando ao longo dos anos.

Para Campos (2003), o sistema de saúde busca oferecer atualmente a assistência integral através de uma maior articulação das práticas e tecnologias relativas ao conhecimento clínico e epidemiológico. O primeiro desafio na busca do atendimento integral é reestruturar a forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham ainda até os dias de hoje. A mudança das práticas de saúde deve ocorrer em dois níveis. O primeiro, institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde. O segundo, das práticas dos profissionais de saúde, no qual a equipe de saúde é determinante do processo de estruturação das práticas integrais à saúde (PINHO, SIQUEIRA, PINHO, 2006).

A atuação através da consulta de enfermagem a gestante com HTLV-1 e 2 segue as premissas básicas, a saber: a primazia das ações de promoção e prevenção; a referência da atenção nos três níveis de complexidade da assistência à saúde; a articulação das ações de

promoção, prevenção, cura e recuperação com uma abordagem integral da mulher e famílias durante a assistência pré-natal, parto, Puerpério, com referência para o Centro Integrativo e Multidisciplinar de HTLV da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Este centro presta uma assistência ambulatorial, há mais de 10 anos, atuando em Salvador com uma equipe multiprofissional, composta de profissionais na área de (infectologista, neurologista, dermatologista, oftalmologista, enfermeira, ginecologista, obstetra), enfermagem, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta e educadores físicos, e com garantia de assistência a exames laboratoriais) (PROIETTI, 2015).

Assim, as ações de cuidado da enfermeira a gestantes e pessoas vivendo com HTLV-1 e 2 deve:

- Evitar intervenções autoritárias e preconceituosas, considerando o indivíduo como um ser humano na totalidade de seus direitos de cidadão;
- Realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames preconizados na política da Rede Cegonha, bem como prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (LEMES, 2012);
- Realizar aconselhamento, as gestantes quanto à importância da supressão do aleitamento materno, com apoio emocional e orientação quanto a utilização e acesso da fórmula láctea para o bebê;
- Referenciar para seguimento no Centro de HTLV da Escola Bahiana de Medicina.
- Incentivar o uso de códons com as parcerias;
- Estimular o seguimento dos projetos de vida.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico narrativo cuja trajetória metodológica apoia-se nas leituras, exploratória e seletiva do material de pesquisa bibliográfica caracteriza como aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, onde o pesquisador trabalha a partir das contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos. Vale salientar que o êxito dos estudos ou pesquisa bibliográfica, depende em grande parte da leitura que o pesquisador realiza, por proporcionar a ampliação e integração de conhecimento além de enriquecer o vocabulário e melhorar a comunicação e o desempenho nas argumentações teóricas (SEVERINO, 2007).

Na busca dos estudos foram utilizadas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)

indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que foram relevantes para a construção do artigo no período de julho 2016 há agosto 2016. Os artigos desta primeira etapa da pesquisa foram encontrados (vinte e sete) 27 artigos e deste baseou-se (vinte e quatro) 24 bibliografias relacionadas ao tema, no período 1980 a 2015; independentemente do método de pesquisa; e que possuam título e resumos disponíveis e indexados nas bases de dados, utilizando descritores: HTLV I/II; Gestantes; e palavras-chave: Atuação; Enfermeira; Cuidado; Gestante; Infectada; HTLV-1 e 2.

As publicações científicas foram selecionadas a partir dos critérios inclusão: pesquisada publicadas em forma de manuais, protocolos, artigo, tese de doutorado, dissertação de mestrado e revista, em períodos nacionais, em português. Disponível em texto na íntegra; que investigaram os fatores que influenciam a infecção do HTLV-1 e 2 em mulheres gestantes, bem como estatísticas, prevalência e ações assistenciais e educativas aplicadas pela enfermeira, a fim de interferir nessa realidade. E sua urgência de sensibilização política e profissional diante a resolução desta problemática.

Leitura sucessiva do material coletado do qual será retirada os principais temas. E as informações contidas na pesquisa será fundamentada através de autorias já publicadas, sendo então esclarecido que as ideias foram formuladas para embasar a publicação do estudo em questão, respeitando sempre os direitos dos autores, como assegurado pela lei 9.610/98, de 19 de fevereiro de 1998, capítulo I, Art. 22 (BRASIL, 2004).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo de Mello (2014) promoveu uma aproximação e discussão a respeito das implicações do diagnóstico de HTLV-1 e 2 em gestantes, bem como a atuação da Enfermeira frente a complexidade da inexistência de uma rede assistencial para acolher os cidadãos e seus familiares soropositivos em Salvador.

As patologias associadas ao HTLV-1 e 2, requerem a atuação de uma equipe de saúde multidisciplinar, atuando de forma integrada, contemplando os aspectos biopsicossociais e culturais dos portadores assintomáticos e sintomáticos.

A enfermeira junto a equipe multiprofissional deve está capacitada para atuar na Atenção Primária, secundária e terciária, contudo, se faz necessário investimentos e uma política de saúde que retire o HTLV a denominação de agravo negligenciado. A abordagem integral aos cidadãos e suas famílias pressupõe a existência na prática de um sistema de direitos,

que dê conta dos problemas de saúde, que as gestantes e cidadãos sintomáticos ou assintomáticos possivelmente, apresentarão ao longo dos anos.

Não cabe mais a negligência, o anonimato diante de uma realidade cruel, assim referida pelos autores estudados. A infecção pelo HTLV tem um caráter progressivo, portanto, urge a adoção de políticas públicas que venham somar com as equipes multiprofissionais, família e comunidade para minimizar os efeitos desse agravo.

A enfermeira é a profissional responsável pela educação permanente em saúde, e deve procurar conhecer as necessidades das clientes vivendo com HTLV, garantido os princípios da universalidade, equidade e a integralidade, no exercício cotidiano do processo do “cuidar” e engajar-se na assistência do pré-natal, a gestantes de risco habitual e de alto risco, conforme preconizado em protocolos, e no contexto da estratégia da rede cegonha.

Desta forma, a partir deste estudo foi possível explorar e refletir sobre as seguintes questões:

- No Brasil existem leis e uma Rede de Cuidado, Rede Cegonha, que contem diretrizes/ações para garantir a qualidade segura e humanizada para todas as mulheres.
- O não comprimento das leis, seja por pouco investimento financeiro nos estados, rede assistenciais não compatível a demanda, frágil qualificação, dos profissionais com relação ao HTLV.
- Impacto/complicações de cunho emocional pelo fato de não amamentar: impacto emocional e cobrança social. Estigma frente ao diagnóstico da infecção do HTLV.
- O cuidar desenvolvido pela enfermeira neste cenário.

5 CONCLUSÃO

Este estudo descreveu as implicações da descoberta da infecção de HTLV-1 e 2 ao longo de décadas, o impacto em mulheres gestantes e atuação da Enfermeira frente a inexistência de uma rede de serviços assistenciais aptos, para acolher e dar seguimento aos cidadãos com essa infecção.

Há mais de duas décadas após a identificação do HTLV-1 e 2 foi possível descrever um evidente padrão epidemiológico: variação de prevalência em regiões geográficas distintas, aumento da prevalência com a idade, maior soroprevalência no sexo feminino e agregação familiar da infecção e de patologias relacionadas ao vírus.

Considerado como um grave problema de saúde pública especialmente em Salvador, capital no Brasil, com maior prevalência, permanece negligenciado e silenciosamente legítima

a cadeia de transmissão, sobretudo a transmissão vertical, determinada pela escassez de informações sobre esse vírus à população em geral.

Diante do contexto, destaca-se o potencial da consulta de Enfermagem como estratégia tecnológica de cuidado importante e resolutiva e que utiliza a Sistematização da Consulta de Enfermagem – SAE, promovendo a saúde, o diagnóstico e o tratamento precoce, além da prevenção de situações evitáveis (OLIVEIRA SKP, et.al; 2012).

Vale ressaltar, contudo, que se faz necessário a garantia da atenção nos três níveis de complexidade (promoção, prevenção, reabilitação) para uma abordagem integral ao indivíduo e comunidades assegurado pelo Estado.

Reconhece-se neste estudo que os resultados estão limitados a literatura no idioma português e disponível na íntegra nas bases de dados.

REFERÊNCIAS

ABENFO-BAHIA (Brasil). Presidente da Comissão: Enf^ªObstetra Rita de Cássia Calfa Vieira Gramacho. **Protocolo Assistencial Da Enfermeira Obstetra No Estado Da Bahia**: Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras, seção Bahia (ABENFO) divulga Protocolo Assistencial da Enfermeira Obstetra no Estado da Bahia. 2014. Disponível em:<http://ba.corens.portalcofen.gov.br/associação-brasileira-de-obstetizes-e-enfermeiros-obstetra-secaobahia-abenfo-divulga-protocolo-assistencial-da-enfermeira-obstetra-no-estado-da-bahia_14177.html>. Acesso em: 07 nov. 2016.

BRASIL, Lei do Direito Autoral 1998; **Legislação sobre direitos autorais**. -2.ed, -Brasília: Senado Federal Subsecretaria de Edições Técnicas, 2004, 107p.

BLATTNER, W. et al. Infective dermatitis of Jamaican children: a marker for HTLV-infection. **The Lancet**, v. 336, n. 8727, p. 1345-1347, 1990.

BARMPAS, Danielle et al. Infecção pelo HTLV-1/2 em gestantes brasileiras. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)**, v. 13, n. 3, 2014.

BITTENCOURT, Achiléa L.; PRIMO, Janeusa; OLIVEIRA, Maria de Fátima P. Manifestações infanto-juvenis da infecção pelo vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV-I). **J Pediatr**, v. 86, p. 411-420, 2006.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

DE LIMA, Mayane Soares et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre o vírus linfotrópico de células t humanas. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 2, p. 143-150, 2015.

DAL FABRO, Márcia Maria Ferrairo Janini et al. HTLV 1/2 infection: pré-natal performance as a disease control strategy in State of Mato Grosso do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 41, n. 2, p. 148-151, 2008.

FEDERAL, Diário Oficial do Distrito. **Institui os Exames de Triagem da Gestante no âmbito do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal (SUS/DF): PORTARIA Nº 247, DE 09 DE NOVEMBRO DE 2012...** 2012. Disponível em: <<http://sintse.tse.jus.br/>>. Acesso em: 07 nov. 2016.

GESSAIN, A. et al. Antibodies to human T-lymphotropic virus type-I in patients with tropical spastic paraparesis. **The Lancet**, v. 326, n. 8452, p. 407-410, 1985.

HINUMA, Yorio et al. Adult T-cell leukemia: antigen in an ATL cell line and detection of antibodies to the antigen in human sera. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 78, n. 10, p. 6476-6480, 1981.

LEMES, Alisséia Guimarães. Assistência De Enfermagem A Gestante Na Primeira Consulta De Pré-Natal. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 2, n. 8, 2012.

LU, Shih-Chien et al. Intrafamiliar transmission and risk assessment of HTLV-I among blood donors in southern Taiwan. **The Kaohsiung journal of medical sciences**, v. 17, n. 3, p. 126-132, 2001.

MELLO, Marco Antônio Gomes. HTLV em gestantes de dois municípios da região Sul da Bahia e avaliação da transmissão materno-infantil. 91 f. il. **Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisas Gonçalo Moniz**, Salvador, 2014. Disponível em:<<http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/7629/1/Marco%20Antonio%20%20Gomes%20Mello.%20HTLV%20em%20gestantes...2014.pdf>>. Acesso em: 02 de junho de 2016.

MOCHIZUKI, Manabu et al. HTLV-I Uveitis: A Distinct Clinical Entity Caused by HTLV-I. **Japanese Journal of Cancer Research**, v. 83, n. 3, p. 236-239, 1992.

OSAME, Mitsuhiro et al. HTLV-I associated myelopathy, a new clinical entity. **The Lancet**, v. 327, n. 8488, p. 1031-1032, 1986.

OLIVEIRA SKP, et.al; 2012 Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura **Rev. Bras Enferm, Brasília 2012** jan-fev; 65(1): 155-61. <http://www.Scielo.br/pdf/reben/v65n1/23.pdf>

PROIETTI, Anna Bárbara de Freitas Carneiro. **Cadernos Hemominas: Cadernos Hemominas 2015**. Disponível em:<<http://www.Hemominas.Mg.gov.br/publicacoes?Download=349:cadernoshemominas-htlv>>. Acesso em: 17 dez. 2015.

PAULA, Denise Píccoli de. **Prevalência da co-infecção em pacientes HIV soropositivos com o HTLV 1 e 2 em dois centros de referência de Goiânia-GO**. 2014. 85 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Dissertação de Mestrado Apresentada Ao Programa de Pós-graduação Strictu Sensu Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2014.

POIESZ, Bernard J. et al. T-cell lines established from human T-lymphocytic neoplasias by direct response to T-cell growth factor. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 77, n. 11, p. 6815-6819, 1980.

PINHO, Ilka Chediak; SIQUEIRA, Josilucy Cristine Brito Aguiar; PINHO, Lícia Maria Oliveira. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 1, 2006.

KAJIYAMA, Wataru et al. Intrafamilial transmission of adult T cell leukemia virus. **Journal of Infectious Diseases**, v. 154, n. 5, p. 851-857, 1986.

SOSSAI, Beatriz Bergamini (Org.). **Guia de Manejo Clínico da Infecção pelo HTLV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 1-80.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007. 304p.

AGRADECIMENTOS

São tantos e tão especiais...

A Deus, sempre presente na minha vida, dando-me força para caminhar.

Walnei Silva Castro, razão da minha vida, expiração para minhas lutas e conquistas, mamãe ama você...

Paulo Sérgio Mota de Santana, por tudo: ótimo companheiro, pai e às vezes mãe na minha ausência, apoio nas atividades domésticas, e amigo das horas difícil, sem palavras...

A família Mansur, em especial ao meu padrinho Cel. João Damasceno Mansur de Carvalho.

Valmir de Araújo Castro, quanta saudades, como gostaria estivesse entre-nos, obrigado por ter feito parte da minha vida, e deixado o bem mais valioso, que uma mulher pode ter “filho”.

Zenilda Fonseca, Débora Souza, Maria das Graças, sempre com palavras de incentivo, para nunca desistir dos meus sonhos, muito obrigada minhas “amigas”.

Rita de Cássia Calfa Vieira Gramacho, Coordenadora e professora do curso de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica da EBMS. Agradeço pela excelência do curso e por me fazer “refletir” não basta ser Enfermeira Obstetra é extremamente importante: ser ética, ter conhecimento, ter responsabilidade, ser líder e prestar uma assistência humanizada a mulher durante o trabalho de parto comprometida também com o social. Muito obrigada....

Aidê Nunes e Carolina Pedroza, minhas orientadoras, sem vocês não chegaria a lugar algum, nem como ser pensante, muito menos como Enfermeira Obstetra.

Em fim, Preceptoras do campo de estágio Enf^ª. Suely Benevides e Enf^ª. Elisangela França e todos os mestres que contribuíram para minha pós-graduação em Enfermagem Obstétrica.

Muito Obrigado!!