

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Departamento de Análise Clínicas e Toxicológicas

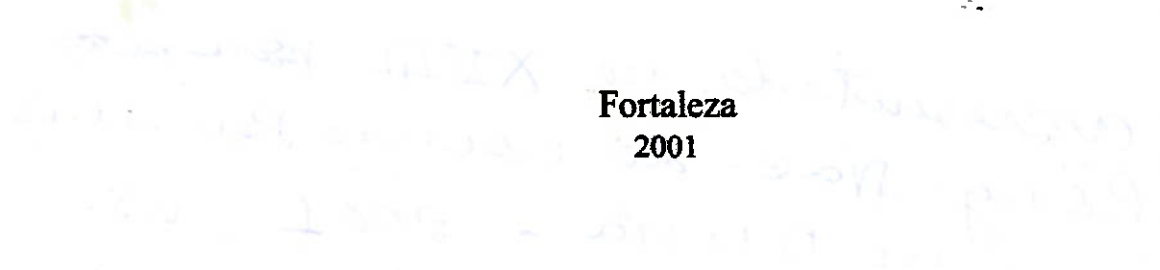
Departamento de Medicina Clínica

**PREVALÊNCIA DE HTLV-I/II EM GESTANTES
DE ARACATI-CEARÁ**

João Moreira Falcão Neto

Fortaleza

2001



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Departamento de Análise Clínicas e Toxicológicas

Departamento de Medicina Clínica

**Prevalência de HTLV-I/II em Gestantes
de Aracati- Ceará**

João Moreira Falcão Neto

Monografia apresentada ao Curso de
Especialização em Hematologia e
Hemoterapia da Universidade Federal
do Ceará

Orientador (-a). Dra. Francisca Vânia Barreto
Gomes.

Fortaleza
2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Departamento de Análise Clínicas e Toxicológicas

Departamento de Medicina Clínica

**Prevalência de HTLV-I/II em Gestantes
de Aracati- Ceará**

João Moreira Falcão Neto

Monografia apresentada ao Curso de
Especialização em Hematologia e
Hemoterapia da Universidade Federal
do Ceará

Orientador (-a): Dra. Francisca Vânia Barreto
Gomes.

Fortaleza
2001

AGRADECIMENTOS

A Deus pela criação da sua mais perfeita obra e pelo dom que me foi dado de tentar compreendê-la e aliviar seu sofrimento.

Aos meus pais pelos exemplos que nunca foram conselhos mas sim retratos da correção de suas vidas.

À minha esposa por estar presente mesmo na distância e suportar este ano difícil em nome do nosso crescimento.

À Dra. Vânia pela paciência e compreensão com a minha rotina destemperada.

Aos colegas pelos momentos maravilhosos e também pelo dias em que não estávamos nada bem (e só nós entendemos estes dias)

Aos funcionários Ana Paula e Neiva da Sorologia pela disponibilidade.

Ao Dr. Paulo Germano pela dedicação e pelo exemplo de esforço no trabalho.

Principalmente agradeço a Dra. Magda de Aracati pela força, pelo apoio e pela organização mesmo sem o reconhecimento merecido.

“...porque se chamava moço,
também se chamava sonho
e sonhos não envelhecem.
...e basta contar consigo ,
que a chama não tem pavio”

ABSTRACT

Pregnant women consist in a heterogeneous group and a study to establish HTLV-I/II seroprevalence into this target group may be a chance to identify increased risks and creating strategies of prevention and reduction of vertical and other types of transmission.

This survey was carried out in 222 pregnant women in Aracati.

We found HTLV-I/II infection in two women and one case indeterminate.

This is the first report to describe epidemiological features of HTLV-I/II infection in Aracati and the aspects related to this target group.

SUMÁRIO

RESUMO

1. INTRODUÇÃO	07
1.1 JUSTIFICATIVA	07
1.2 OBJETIVOS	10
1.2.1 OBJETIVO GERAL	10
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
1.3 MATERIAIS E MÉTODOS	11
2. DESENVOLVIMENTO	14
2.1. ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM ARACATI	14
2.2. VÍRUS HTLV	17
2.2.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS	17
2.2.2. EPIDEMIOLOGIA	20
2.2.3. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	23
2.3. RESULTADOS	25
3. CONCLUSÃO	35

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LISTA DE TABELAS

- Tabela 01- Distribuição Geográfica de HTLV-I em Doadores de Sangue da América do Sul
- Tabela 02- Prevalência de Infecção pelo HTLV-I em Capitais Brasileira
- Tabela 03- Lesões encontradas nos parceiros das gestantes de Aracati relatadas pelas pacientes
- Tabela 04- Resultados Positivos através do ELISA
- Tabela 05- Resultados do Western Blot
- Tabela 06- Perfil das gestantes soropositivas ou com resultado indeterminado para HTLV

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 01- Escolaridade das Gestantes de Aracati
- Gráfico 02- Perfil da Gravidez Atual
- Gráfico 03- Relações Sexuais Violentas
- Gráfico 04- Relações Extra-Conjugais dos Parceiros

RESUMO

A infecção por HTLV tem ampla distribuição global e sua investigação em populações isoladas deve servir como referência para a adoção de políticas de saúde que minimizem a transmissão, identifiquem populações expostas ao risco de contaminação e acompanhem os casos confirmados de infecção.

A prevalência de infecção no Brasil varia desde 1,35% entre doadores de sangue em Salvador e entre 0,08 e 0,4% em doadores de outras capitais. ¹³Encontra-se soroprevalência ainda maior entre pacientes HIV positivos e usuários de drogas injetáveis chegando a respectivamente 25,5% e 22,7% de portadores de HTLV nestes grupos. Entre gestantes a prevalência em Salvador chega a 0,72%.

O estudo se propôs a conhecer a soroprevalência de HTLV em um grupo de grande relevância epidemiológica, as gestantes de Aracati, e traçar um perfil das gestantes deste Município. ^{de 5-6}

Foram estudadas 222 gestantes com características individuais extremamente diversificadas e riscos diferentes para infecção por HTLV-I/II no período de setembro de 2000 a fevereiro de 2001 e encontrados 0,9% de casos positivos e 0,45% de casos indeterminados.

Este constitui o primeiro estudo sobre HTLV em Aracati e revelou informações fundamentais para a adoção de novas condutas clínicas e de educação não apenas junto aos pacientes soropositivos mas junto às famílias destes e de toda a comunidade.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Justificativa

As políticas de saúde têm apontado para o desenvolvimento de estratégias que têm por base a adoção de medidas de promoção e prevenção à saúde.

A atenção básica à saúde representada quase na totalidade dos Municípios brasileiros pelas atividades desenvolvidas pelo Programa de Saúde da Família permite uma maior aproximação das equipes de saúde em relação às comunidades, executando não apenas programas com ações limitadas temporalmente mas, fundamentalmente que incorporem às comunidades e aos profissionais conceitos de qualidade de vida como determinantes do adoecimento humano.

Irigoyen Corio (1993) e Rohde (1993) indicam que a base para os cuidados com a saúde está na família e na comunidade. Os mesmos autores afirmam que famílias bem informadas, organizadas e com acesso aos serviços básicos assumem um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção das doenças.

Com esta forma de abordagem das pessoas a identificação de fatores de risco, o reconhecimento de fatores ambientais e individuais implicados no adoecimento humano permitem a adoção de medidas de controle e interferência não só ao indivíduo afetado mas a toda uma população exposta aos mesmos agentes patogênicos.

Um exemplo clássico desta situação refere-se ao diagnóstico precoce de neoplasias as quais por possuírem origem multifatorial, aliando susceptibilidade individual, aos

microorganismos e agentes físicos, permitem a identificação de indivíduos expostos classificando-os como mais ou menos susceptíveis.

O programa de atenção e proteção a maternidade e a criança tem sido considerado prioridade pela quase totalidade dos gestores de saúde brasileiros uma vez que os indicadores de saúde extraídos deste programa servem de referência para mensurar a qualidade de vida e dos serviços de saúde prestados a uma determinada população.

A identificação de quaisquer agentes que interfiram no ciclo gravídico e puerperal normal com riscos imediatos ou tardios evidentes para o concepto ou para a mãe constituem um passo fundamental para o sucesso das ações de saúde.

Desta forma são rotineiramente proporcionados as gestantes de Aracati exames que identifiquem patologias comuns na gravidez ou que interfiram neste ciclo natural como: glicemia em jejum e teste de tolerância a glicose, sumários de urina, hemogramas, sorologia para HIV, VDRL, citologia cervical e ultrassonografias, os quais usados como critérios de triagem e detecção precoce pela prevalência de patologias nesta população cumprem satisfatoriamente seu objetivo.

No entanto os estímulos constantes a amamentação exclusiva, os trabalhos relacionados ao estímulo ao parto humanizado priorizado em Aracati aliados a outros fatores, corroboram sobremaneira para a transmissão vertical de algumas patologias.

Especificamente neste estudo com o aumento de pessoas infectadas pelo retrovírus HTLV I/II uma vez que a forma vertical é a mais significativa na infecção por este microrganismo.

refazer a frase

A investigação da prevalência de HTLV I/II na população de gestantes em uma determinada localidade é portanto de grande relevância uma vez que além de gerar dados sobre as pessoas investigadas, alerta sobre o risco de contaminação fetal, abre caminhos para a investigação de parceiros e ainda possibilita a criação ^{de} mecanismos ^{que viabilizem} de viabilizar o acompanhamento de portadores e diminuir os riscos de propagação e incremento da soroprevalência.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Identificar a soroprevalência de infecção por HTLV I/II em gestantes de Aracati-Ceará

1.2.2. Objetivos Específicos

- Identificar fatores de risco de infecção por HTLV-I/II em gestantes de Aracati
- Traçar um perfil das gestantes de Aracati com resultado positivo ou indeterminado para HTLV-I/II

1.3. MATERIAIS E MÉTODOS

Uma amostragem de 222 (duzentas e vinte e duas gestantes) com idade variável entre 15 e 40 anos (média: 24 anos) foi selecionada aleatoriamente dentre a população total de gestantes que realizaram pré-natal no Município de Aracati, em quaisquer das Unidades de Atendimento à Mulher e equipes do Programa Saúde da Família ,no período de setembro de 2000 a fevereiro de 2001.

Esta amostragem corresponde a quase um terço do total de gestantes que realizaram seu acompanhamento pré-natal no referido Município no período da pesquisa representando um percentual extremamente significativo em relação a população investigada.

Concluída a amostragem foram considerados critérios de inclusão:

(1)- estar em acompanhamento pré-natal entre os meses de setembro de 2000 até fevereiro de 2001 ;

(2)- o acompanhamento pré-natal deveria estar sendo realizado em quaisquer das 13 (treze) unidades de atenção básica a saúde de Aracati (Distritos Sanitários I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII,XIII, no Ambulatório Pré-Natal do Hospital Municipal ou no Hospital Santa Luisa de Marillac, ou ainda no Centro de Atenção e Assistência à Saúde Integral da Mulher);

(3)- aquelas gestantes que aceitaram participar da pesquisa e que satisfizessem aos itens anteriores.

Foram excluídas da pesquisa:

(1)- gestantes em acompanhamento pré-natal em consultórios particulares (acordo com os obstetras);

(2)- gestantes de outros municípios circunvizinhos que realizaram coleta de exames pré-natal em Aracati;

(3)- aquelas que se recusaram a responder o questionário ou participar da pesquisa

Os questionários foram respondidos no momento da primeira consulta pré-natal aos enfermeiros do Centro de Atenção à Mulher ou das equipes do Programa Saúde da Família, a Enfermeira ou a Bioquímica responsáveis pelos exames ligados ao Ambulatório de DSTs e AIDS evitando assim duplicidade de informações.

As informações colhidas nos questionários tratavam de dados referentes a identificação da gestante, suas características sócio-econômicas, situações ligadas a gravidez atual, ao histórico sexual e práticas sexuais da gestante e do parceiro, bem como dados sobre moléstias relacionadas ao sexo, uso de drogas, sinais de doenças atuais e transfusões de produtos derivados do sangue.

As amostras foram coletadas exclusivamente no Laboratório do Hospital Municipal, identificadas de acordo com o prontuário do paciente na respectiva unidade sanitária, o número do mesmo na pesquisa e o número da cliente junto a outra pesquisa sobre prevalência de HIV em gestantes, resguardando uma parte do soro colhido para reserva em caso de perda do material enviado para o Departamento de Sorologia do HEMOCE.

A amostragem do soro das pacientes foi congelado na temperatura ideal para conservação de soro em freezers a -20°C a espera da realização dos testes.

As amostras sanguíneas foram analisadas para a detecção de anticorpos dirigidos contra os vírus HTLV I/II através o método de ELISA com Kits MUREX lotes H193610, com validade até maio de 2001 (Dois mil e hum).

As amostras positivas para ELISA foram testadas pelo método de Western Blot através da identificação de reatividade para a identificação de bandas positivas, rgp46-I, gd21, p19 ou p24, as quais são consideradas principais para o teste ser considerado positivo.

Na evidência de marcação por apenas uma destas bandas não correspondendo ao total das bandas principais o resultado é dado como indeterminado.

Ao mesmo tempo as informações colhidas no questionário e junto aos prontuários das pacientes foram analisadas por computação especificamente no programa EPINFO-6 para ser traçado uma avaliação e um perfil da grupo estudado.

Os gráficos relativos as informações a respeito dos pacientes com soropositividade foram elaborados no programa Excel.

qual ?

qual
critério
DPS ?
genotipo
2.4. ?

#

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Atenção Pré-Natal em Aracati

O Município de Aracati situa-se no litoral leste sul do Estado do Ceará a 153Km de Fortaleza com acesso pelas BR 116 e CE 304 sendo considerada como uma das mais belas cidades cearenses com um patrimônio histórico, arquitetônico e humano de reconhecimento não somente a nível nacional mas em todo o mundo sendo palco da visitação e da paixão de milhares de turistas que desfrutam anualmente dos encantos naturais deste município.

No entanto esta população flutuante, aliados ao baixo nível de instrução de algumas comunidades especialmente em determinadas localidades praianas e de grande fluxo de viajantes tem favorecido o incremento de patologias de extrema relevância pública como a AIDS em números assustadores para a região.

Segundo dados do IBGE no Censo de 2000 a população aracatiense é formada por 30067 (trinta mil e sessenta e sete) homens (49,17%) e 31079 (trinta e um mil e setenta e nove) mulheres (50,83%).

Se analisarmos melhor a distribuição etária por sexo nesta população encontramos cerca de 52% de toda a população aracatiense feminina dentro da faixa etária de 15 a 49 anos de idade, ou seja, na faixa referente ao período de idade fértil.

No ano de 2000 foram registrados 907 (novecentos e sete) partos normais ou cesarianas com recém nascidos vivos.

Desta informação calcula-se facilmente que para cada mil mulheres de Aracati cinquenta e sete estiveram grávidas no ano de 2000, o que é um dado importantíssimo não só na avaliação do crescimento populacional mas pelos aspectos relativos a estas concepções e aos grupos envolvidos.

A fim de prestar uma melhor assistência às diversas comunidades, o Município foi dividido em 13 Equipes do Programa Saúde da Família correspondendo a uma cobertura de mais de 75% de toda a população local, atingindo 100% das comunidades ou aglomerados populacionais em zona rural e grande parcela das comunidades urbanas, especialmente as localizadas na periferia mais pobre .

Nestas equipes foram realizadas 4104 (quatro mil cento e quatro) consultas pré-natal com um protocolo mínimo de consultas para cada gestante de 06 (seis) consultas até o parto.

Mesmo as gestantes da região não beneficiadas pela ação do Programa Saúde da Família ou aquelas que representam gestações de risco são encaminhadas para os serviços especializados de atenção a mulher como por exemplo o Centro de Atenção e Assistência à Saúde Integral da Mulher) e o Hospital Municipal de Aracati.

Nestes Centros especializados foram realizadas aproximadamente 6900 consultas pré-natal como mesmo protocolo de atendimento dos PSF, ultrapassando estes limites naquelas gestações de risco mesmo as encaminhadas pelas equipes de PSF que realizavam acompanhamento simultâneo com o generalista e o obstetra.

Destas gestantes 90% são acompanhadas precisamente nos dias corretos, proporcionando um melhor seguimento destas pessoas.

No grupo de gestantes destacam-se um percentual de 24,94% de menores de 20 anos de idade, encontrando algumas com idade de 11 anos.

Estes dados de gestantes adolescentes juntamente com as informações relativas à população flutuante, taxa de fecundidade corroboram ainda mais para o risco aumentado de se contrair doenças relacionadas ao hábito sexual e padrões de comportamentos de risco e ainda do incremento na transmissão vertical de algumas patologias.

Ainda mais a eficiência do trabalho desta equipes de PSF gerou uma cobertura de aleitamento materno exclusivo em torno de 63,66% em média durante meses de setembro a fevereiro do ano de 2001 refletindo uma boa resposta às ações de educação e incentivo ao aleitamento materno pelas equipes do PSF.

Esta informação confirma o risco aumentado citado anteriormente de contrair infecções pelo HTLV-I/II que guardam ligação estreita com a transmissão vertical e com as práticas sexuais, com o ciclo gravídico e com o aleitamento materno.

2.2 VIRUS HTLV

2.2.1. Considerações Gerais

O conhecimento acerca dos retrovírus proporcionou um grande salto na implicação de agentes virais na promoção e indução do aparecimento de diversas patologias inclusive as doenças neoplásicas.

O HTLV, vírus linfotrópico humano, tem sido relatado como responsável etiológico por uma forma de neoplasia tipo leucemia/linfoma de células T altamente agressivo produto das lesões celulares de natureza variadas decorrentes de um período extremamente prolongado de latência deste oncovírus com características de vírus lento e da dependência deste vírus em relação ao mecanismo metabólico e genético do hospedeiro para seu funcionamento vital típico da família dos retrovírus.

Dentre estas retroviroses um outro tipo de HTLV , o tipo II, assemelha-se intimamente com o tipo I em mais de 65% de sua estrutura genômica e a sua pesquisa quase que obrigatoriamente deve ser realizada em pesquisas de soroprevalência desta infecção pelo número de reações cruzadas entre estas duas formas virais.(Cann & Chen, 1996). A diferença entre estes tipo virais é possível através de técnicas de PCR. (Bittencourt A,1998)

Deve ser levada ainda em conta fundamentalmente a relação imbricada de co-infecção entre HIV e HTLV de onde diversos trabalhos tem demonstrado valores de expressivos nesta relação pela forma de transmissão de ambos os vírus e obviamente pelo perfil das populações estudadas e expostas ao risco de contaminação.

A importância e relevância dos estudos destes vírus inicia-se pelo ano de 1977 através da descrição da leucemia T do adulto como entidade clínica (Uchiyama et al.).

No ano de 1980 é descrito como o primeiro retrovírus humano tendo sido isolado de um paciente com linfoma cutâneo e, desde então, estudos se dedicaram a confirmar a estreita relação etiológica desta forma de neoplasia com este agente viral. No ano seguinte Hinuma (1981) et al. investigando linhagens celulares de pacientes com LTA isolaram o mesmo vírus descrito em 1980 e desde então passaram a denominá-lo de HTLV-I.

O HTLV-II foi o segundo retrovírus humano isolado, fato acontecido no ano de 1982 de um paciente com leucemia de células cabeludas. (Kalyanaram et al. 1982)

Suas manifestações clínicas ainda não estão bem estabelecidas apesar de ter sido isolado de pacientes com patologias semelhantes às encontradas em portadores de HTLV I. (Hall W.; Ishak, R. & Zhu, SW, 1996)

Nos anos seguintes O HTLV foi isolado de pacientes com transtornos neurológicos e responsabilizado por outra forma de manifestação clínica, a Paraparesia Espástica Tropical (PET), desde os trabalhos de Gessain et al. em 1985, junto a pacientes da Martinica.

O mecanismo de transmissão do HTLV I/II varia amplamente e, segundo Iohjio M., Ando Y, Nakano et al. 1988, pode ser transmitido por contato sexual, transfusão de sangue, verticalmente (da mãe para o filho) e através do uso de drogas injetáveis.

No tocante a transmissão por contatos sexuais devemos dar ênfase às preferências sexuais, ao grau de promiscuidade, a possibilidade de relações sexuais violentas e todos os fatores que exponham a uma maior quantidade de contato com o vírus.

Kajiyama W, Kashiwagi S., Ikematsu et al., (1986) afirmam que a transmissão sexual do HTLV se dá quase que principalmente do homem para a mulher representando uma relação de quase 60 sessenta vezes mais de chance de transmissão da infecção do homem para a mulher. Uma vez que esta por motivos óbvios apresenta maior contato com secreções e apresenta maior susceptibilidade a traumatismos no ato sexual está explicada esta afirmativa.

A transmissão vertical do HTLV-I/II é motivo de diversas pesquisas, uma vez que é uma das mais importantes, senão a principal forma de contaminação pelo HTLV-I/II, correspondendo de 15 a 25% das taxas de prevalência.

Esta forma de transmissão inclui duas maneiras principais:

- Uma forma ligada ao aleitamento materno ou ainda pelo aleitamento cruzado
- Uma forma que reúna os casos que não se adequem ao aleitamento que são: contaminação pela via ascendente, pela placenta ou pelo canal do parto

O isolamento de grande quantidade de células infectadas no leite de pacientes com sorologia positiva para HTLV-I/II confirma a importância desta forma de transmissão.

As formas de contaminação pelo HTLV I valem ainda para o HTLV II muito embora não haja confirmação segura das síndromes provocadas por este agente apesar das fortes evidências já encontradas.

2.2.2. Epidemiologia

Diversos estudos têm sido desenvolvidos na tentativa de identificar a soroprevalência de HTLV-I/II em diversas populações, uma vez que a amplitude da distribuição geográfica desta infecção se dá por todo o planeta.

Mais ainda os estudos realizados tem se preocupado em identificar populações mais ou menos expostas ao risco de contrair esta infecção bem como possíveis co-infecções desta com outras, principalmente o HIV, uma vez que os modos de transmissão são similares e envolvem os mesmos grupos e comportamentos de risco (Galvão-Castro 1994)

Classicamente os estudos foram desenvolvidos em populações especiais como doadores de sangue, em pacientes com AIDS, em profissionais do sexo, homossexuais e, em alguns casos na população em geral.

Algumas regiões do globo foram classificadas como hiperendêmicas com soroprevalência acima de 15% da população acima de 40 anos de idade, por trabalhos realizados em algumas ilhas japonesas e da Melanésia.

Outras guardam a classificação de áreas endêmicas como África, Austrália, Alasca, América do Sul e Caribe (Tsuji, Y.; Doi, H.; Yamabe, T. et al 1990)

A tabela abaixo revela a prevalência da infecção por HTLV em doadores de sangue de diversas regiões da América do Sul:

x ou
O quadro --

Quado01

Tabela 01: Distribuição Geográfica de HTLV I em Doadores de Sangue da América do Sul

PAÍS	PREVALÊNCIA	REFERÊNCIA
Argentina/Buenos Aires	0.06	Eposto et al, 1997
Brasil/Florianópolis	0,8	Galvão-Castro et al., 1997
Chile/ Santiago	0,73	Vásquez et al.,1988
Colômbia/Bogotá	0.0	Roman et al., 1988
Paraguai/Assunção	1.0	Cabral et al., 1997

Fonte: Adaptado de: Muchinik, G., HTLV-I en Suramerica in Zaninovic, V.-La PET/HAM, 1998.

No Brasil, estudando grupos específicos como doadores de sangue foi identificada soroprevalência de 0,32% em Minas Gerais (Proietti, 1994); 0,15% em São Paulo (Ferreira, 1995); 0,33% em Recife.

Foram realizados ainda vários estudos junto a população geral, não especificamente a grupos com comportamentos de risco definidos previamente de onde foram retirados os dados que constituem a tabela seguinte:

Quado
Tabela 02: Prevalência de Infecção pelo HTLV em Capitais do Brasil

Cidade	Prevalência	Referência
Manaus	0,33	Galvão- Proietti-Rodrigues, 1994
Belém	1,61%	Saraiva J.; Saraiva A., 1989
Rio de Janeiro	0,33	Galvão- Proietti-Rodrigues, 1994
Fortaleza	0,84%	Pombo de Oliveira, M., 1996

Estudo realizado em Belém do Pará/Brasil junto a pacientes com AIDS resultou numa prevalência de anticorpos contra HTLV em 7,4% da população estudada (2,7% HTLV I e 4,7% HTLV II).

Entre usuários de drogas injetáveis foi encontrado em Salvador 25,5% de contaminados contra 20% referentes ao mesmo grupo nos Estados Unidos .

Entre gestantes foram avaliadas e examinadas 5000 (cinco mil) em Salvador sendo identificada uma soroprevalência de 0,88% de HTLV I/II neste grupo .

O aspecto mais importante de se levar em conta é que o Brasil possui o maior número absoluto de casos de soropositivos para HTLV-I entre os países ocidentais, e que os dados são quase sempre colhidos junto a populações masculinas (maioria dos doadores de sangue) e que somente com o estudo das populações em geral chegaremos a verdadeira dimensão desta infecção. (Borducchi, 1999)

2.2.3. Manifestações Clínicas

O HTLV é considerado responsável por duas síndromes principais e por um amplo espectro de manifestações associadas que ainda parece crescer com o avanço dos estudos.

Considera-se o vírus linfotrópico humano como agente etiológico do Linfoma/Leucemia de células T do adulto uma neoplasia de caráter extremamente agressivo com comprometimento cutâneo, ganglionar e alterações metabólicas com curso e prognósticos tenebrosos.

Dados epidemiológicos afirmam que somente entre 1 e 5% dos portadores desta infecção manifestarão leucemia do adulto (LTA).

A manifestação inicial desta neoplasia hematológica se dá fundamentalmente em adultos entre os 40 e 70 anos de idade com média em torno do 58 anos de idade (Japão).

No Caribe registraram casos desde os 19 anos de idade com média aos 43 anos. *ref. ?*

Existe um predomínio de soropositivos entre mulheres, mas uma predileção pelos homens na manifestação da doença (1,4:1). *ref. ?*

A doença cursa com acometimento agressivo de linfonodos (60%), fígado (26%), baço (22%) e pele (39%). (Takatsuki, 1992).

Alterações metabólicas também são encontradas e, delas, a mais importante por ocasião do diagnóstico e na evolução da doença é a hipercalcemia, decorrente de alterações ósseas importantes. (Kiyokawa, 1987).

Outra síndrome principal relacionada a infecção pelo HTLV-I consiste numa manifestação neurológica de caráter crônico-degenerativo, denominada Paraparesia Espástica Tropical (PET), na qual as manifestações são fraqueza das extremidades e alterações do sensório. *sensibilidade*

Autores afirmam que o risco de desenvolvimento de PET após infecção pelo HTLV-I é da ordem de 0,1 a 0,2% (Japão) e de 1 a 5% em estudo realizados no Caribe e na América do Sul. *ref?*

O largo espectro de manifestações e doenças associadas ao HTLV-I inclui ainda artrite, , uveíte, dermatite infecciosa, síndromes hipereosinofílicas, escabiose com sarna, tireoidites, outras neuropatias desmielinizantes, síndrome de Sjogren.

2.3 RESULTADOS

Traçando um perfil geral das gestantes em acompanhamento em Aracati que responderam ao questionário desta pesquisa torna-se possível o levantamento de suspeita de diversos fatores de risco nesta população para a aquisição de doenças relacionadas ao comportamento sexual e o estilo de vida, bem como traçar uma comparação com o perfil daquelas gestantes positivas ou indeterminadas nos testes realizados.

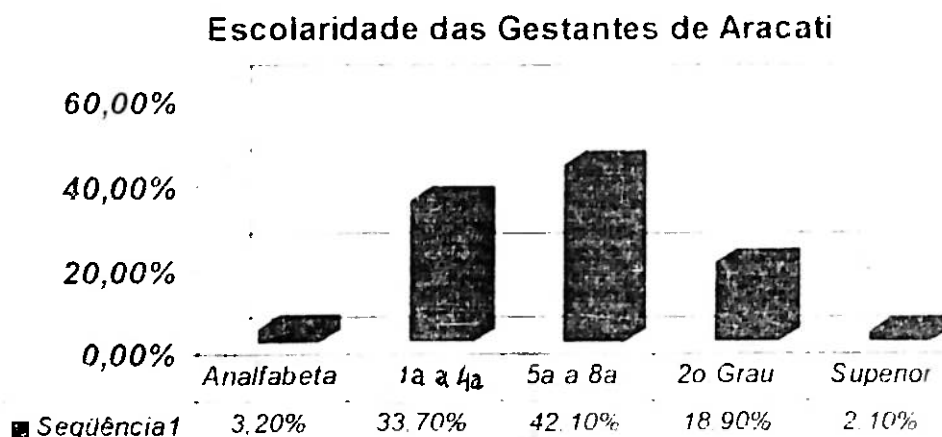
Nesta população estudada encontramos gestantes com idades que variam de 15 (quinze) anos até os 40 (quarenta) em média de aproximadamente 24 (vinte e quatro anos).

Deste grupo 28,4% correspondem a gestantes abaixo de 20 anos de idade consideradas gestantes de alto risco e incluídas como grávidas na adolescência com todos os malefícios sociais, educacionais e orgânicos desta situação.

O nível de escolaridade sabidamente é responsável pelo aparecimento de mazelas decorrentes da falta de informação adequada e do conhecimento recheado por mitos e tabus.

O gráfico a seguir refere-se a escolaridade desta gestantes:

Gráfico 01



33,70
42,10
18,90
3,20
2,10
100,00%

Cerca de 75,8% das pacientes haviam concluído ou estavam cursando o ensino fundamental e, apenas 2,1% delas estava cursando ou havia concluído o ensino superior, refletindo uma baixa escolaridade significativa nestas entrevistadas. *refazer*

Quanto ao Estado Civil encontramos apenas dois tipos de resposta com 80% de casadas e 20% de solteiras.

Esta informação atribuímos ao fato das relações em comunidade do interior serem baseadas no convívio e das pessoas não passarem muito tempo sem parceiros relativamente estáveis.

A renda familiar é um dos parâmetros que relacionam o indivíduo com doenças ligadas à miséria, a falta de acesso ao conhecimento e aos serviços básicos.

✓ Nestas pacientes a renda familiar apresentou ampla variação desde R\$40,00 até R\$3200,00 mensais, com uma média em torno de R\$462,00, para famílias que variavam desde apenas dois membros até 12 cohabitantes.

✓ Convém observar que se, em média, a renda aparentemente é satisfatória comparadas a outras parcelas populacionais brasileiras, a renda individual das gestantes não passou de um salário mínimo.

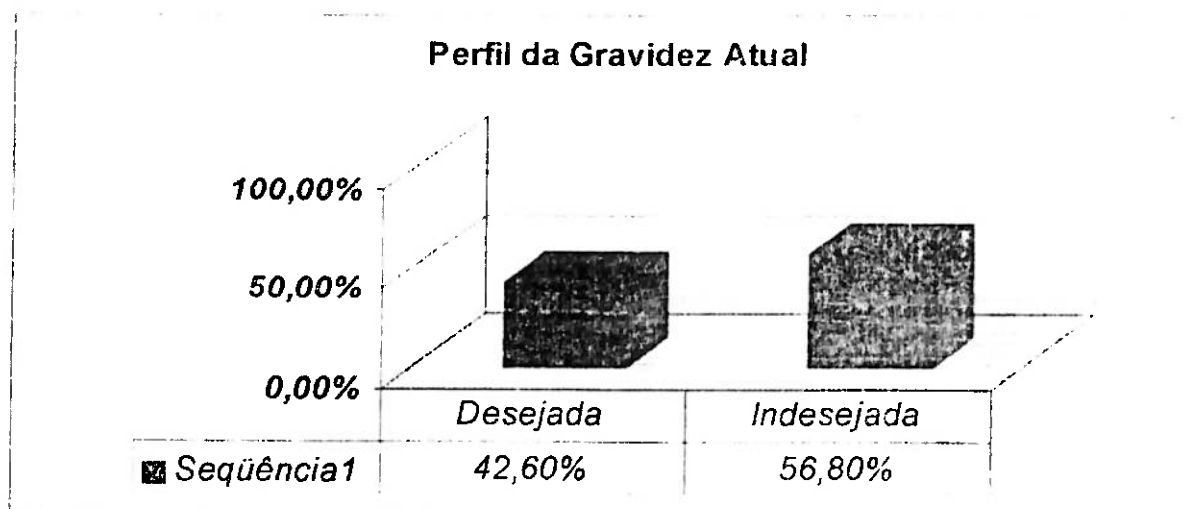
✓ O número de gestações neste grupo variou desde primigestas até grandes multigestas com 10 gestações obtendo uma média de 2 gestações por cada gestante do grupo.

✓ Havia no grupo gestantes com história de até três abortos, na maioria das vezes

provocados mas em média o grupo não havia cometido aborto o que se observa através da média baixíssima de 0,36 por gestante.

Outro dado importante retratado ao gráfico 02 é o sentimento da gestante em relação a gestação atual.

Gráfico 02



Entrevistadas quanto os aspectos relativos a gestação atual e 56,8% delas revelaram que esta gravidez era indesejada e 55,3% afirmaram não usar métodos contraceptivos.

Diversos fatores podem interferir para uma gravidez ser ou não desejada, desde problemas de relacionamento com o parceiro, a ausência de um parceiro estável, o despreparo pela idade, a dependência financeira, ou seja, todas, formas de conturbar o período gravídico e puerperal.

O mais relevante é que 54,3% delas nunca usaram preservativos no último ano, 22,8% somente o fizeram às vezes e, somente 7,6% usaram o preservativo sempre.

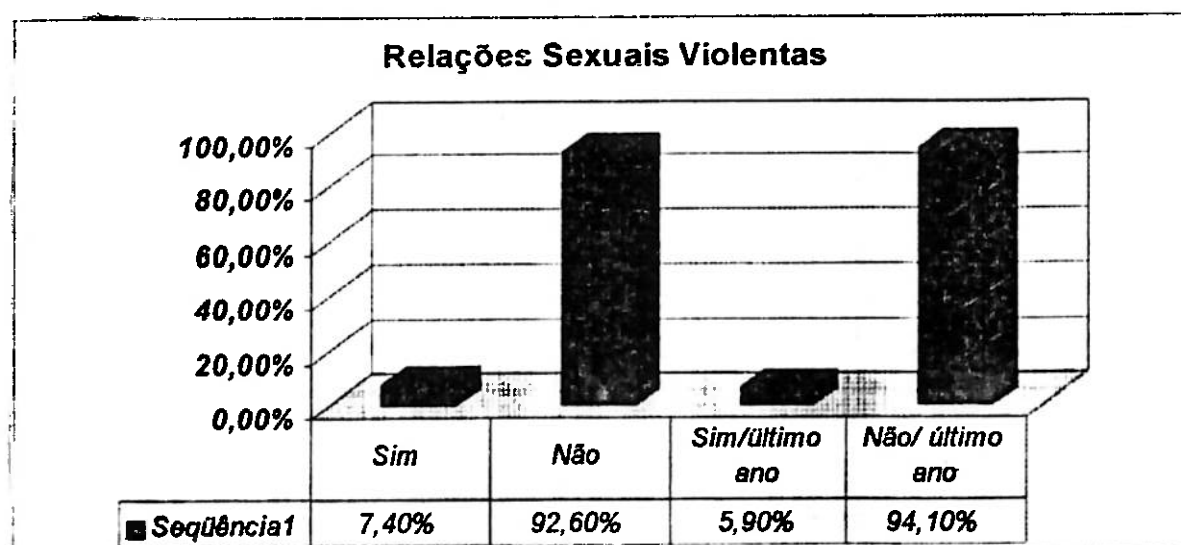
✓ A data da iniciação sexual induz a acreditar num período maior de exposição a agentes infecciosos e outras mazelas e, nesta população foram encontradas gestantes com início de atividade sexual aos 11 anos e, outras com até 31 anos (média de início: 17 anos).

✓ O número de parceiros na vida variou desde 01 (hum) até 30 (trinta), com uma média de 2 (dois) parceiros em toda a vida.

✓ Foram questionadas ainda sobre o número de parceiros nos últimos doze meses e este número chegou no máximo a quatro parceiros, com a média de um companheiro apenas.

✓ A média de parceiros reporta ao grau de promiscuidade desta população e, se analisados com informações relativas a relações violentas como demonstraremos na tabela seguinte definem um padrão de relacionamento como mais ou menos sujeito a adoecer pela vida sexual.

Gráfico 03



Das entrevistadas 7,4% referiram ter sofrido alguma espécie de relação sexual violenta sendo que 5,9% durante último ano.

As relações sexuais violentas aumentam o risco de transmissão de doenças ligadas ao sexo, bem como permitem suspeitar de relacionamento frustrados, sujeitos aos mais diversos tipos de relacionamentos extra-conjugais e ainda refletem indiretamente um grau de submissão feminina comum nas comunidades do interior do Estado.

A idade dos parceiros foi analisada e variou de 15 (quinze) até 88 (oitenta e oito) anos com média em torno de 28 (vinte e oito) anos.

Segundo as gestantes, as próprias observaram nos próprios parceiros lesões que apontam para transtornos de doenças transmitidas pelo sexo, como esquentamento (3,3%), ferida nos genitais (1,1%) e verrugas (1,1%) e outras lesões elencadas na tabela abaixo:

Tabela 03. Lesões encontradas nos parceiros das gestantes de Aracati relatadas pelas pacientes

TIPO DE LESÃO	FREQUÊNCIA
Prurido no pênis	23,1%
Assadura	7,7%
Disúria e Corrimento	7,7%
Gonorréia no Parceiro (tratamento recente)	7,7%
Furúnculo na perna	7,7%

Não referida

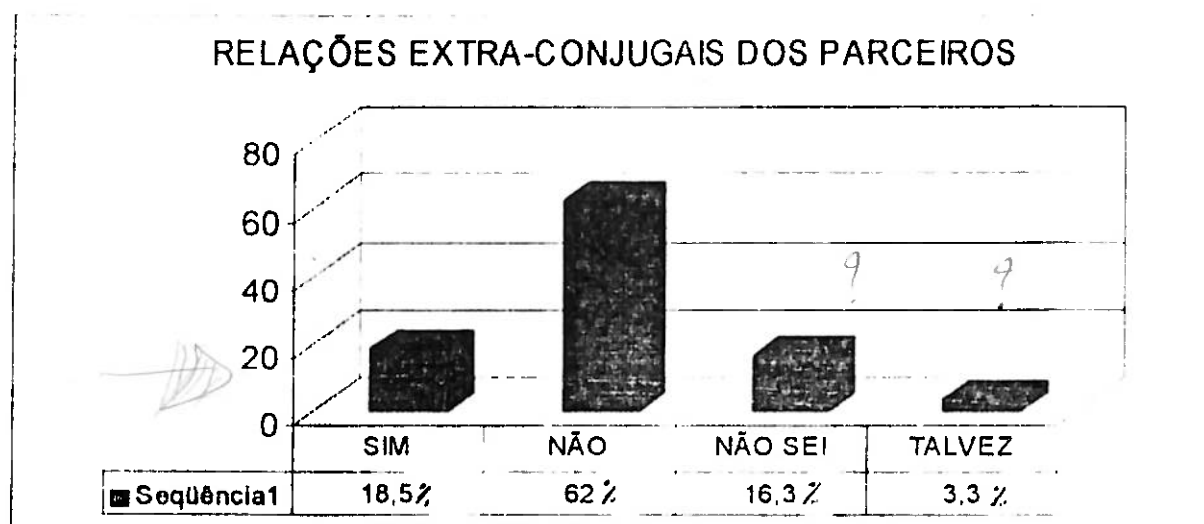
46,1%

53%

Perguntadas sobre a possibilidade do parceiros delas terem outra (-o) (-s) parceira (-o)

(-s) nos últimos seis meses as respostas foram elencadas :

Gráfico 04



A confirmação de relacionamento extra-conjugais, aliados aos casos de dúvida que chegam a quase 20% das entrevistadas, representam um acréscimo de risco extremamente importantes aliados ao desuso do preservativo em quase 60% dos casos como citado anteriormente, bem como alerta para o risco fundamental de problemas ligados a promiscuidade.

O exame físico destas pacientes revelou verruga genital em 5,3% destas, 1,1% de feridas genitais, 31% de dor pélvica e 67% de portadoras de corrimento vaginal.

Somente uma das entrevistadas utilizava drogas e era a única paciente com resultado positivo para HIV, segundo pesquisa de prevalência de HIV em gestantes. Esta não era portadora de co-infecção por HTLV-I/II.

Esta paciente foi a óbito em dezembro de 2000 sem conseguir levar a gestação a termo.

18,5
16,3
3,3
38%
62
100

5,3
1,1
31,1
67,0
104,5
9

222 — 5

Realizados os testes tradicionais para a detecção de HTLV-I/II foram encontradas através dos teste de triagem de ELISA, 5 gestantes com anticorpo dirigidos contra HTLV dentre as 222 amostras investigadas. (2,25%)

Os valores encontrados e os respectivos valores do cuttoff estão listados na tabela abaixo:

Tabela 04: Resultados Positivos através do ELISA em Gestantes de Aracati

Número da Amostra	Valor encontrado	Valor do Cuttoff	Resultado
66	Over	0,266	Positivo
49	0,376	0,266	Positivo
09	0,756	0,298	Positivo
102	Over	0,292	Positivo
89	0,651	0,292	Positivo

As amostras analisadas pelo Western Blot revelaram:

Tabela 05: Resultado do Western Blot

Número da Amostra	Bandas Positivas	Resultado
66	rgp46I, p53, p36,p32, p28,p26,gp21/p19, GD21, gp46, p24	Positivo
49	-	Negativo
09	GD21	INDETERMINADO
102	rgp46I, p53, p36,p32, p28,p26,gp21/p19, GD21	Positivo
89	-	Negativo

A soroprevalência de HTLV-I/II em gestantes de Aracati foi de 0,9%.

$$222/2 = 0,9\%$$

Elaboramos então uma tabela com alguns aspectos importantes sobre as gestantes positivas ou indeterminadas e, em seguida traçamos uma comparação com o grupo geral estudado.

$$Ind = 0,45\%$$

Quadro - ?

Tabela 06: Perfil das Gestantes Soropositivas ou com Resultado Indeterminado para HTLV

Perfil Analisado	Paciente 66	Paciente 102	Paciente 09
Resultado	Positivo	Positivo	Indeterminado
Idade	29	19	24
Escolaridade	2º. Grau	2º. Grau	2º. Grau
Estado Civil	Casada	Casada	Solteira
Perfil Gestacional	G1P0A0	G2P1A0	G1P0A0
Início da Atividade Sexual	14 anos	17 anos	22 anos
Número de Parceiros	02	01	03

Uma avaliação completa destas informações só poderá ser realizadas com as seguintes afirmativas:

Somente a paciente 102 (+) afirmou usar preservativo às vezes enquanto a demais nunca utilizaram tal método.

O planejamento familiar nunca foi utilizado pelas pacientes 66 (+) e 09 (Indet.), sendo que a paciente 102 (+) utilizou método de contracepção oral de forma irregular.

Nenhuma delas é ou foi usuária de drogas injetáveis ou qualquer outro tipo de drogas. Não apresentavam tatuagens.

✓ Nenhum paciente referiu ter sido submetida a transfusão sanguínea.

As pacientes 66 (+) e 09 (Indet.) afirmaram que a suas gestações eram desejadas.

A renda familiar média das três paciente é de R\$ 366,00, com uma média de convivas de 3,7 pessoas por casa, ou seja, com um padrão abaixo da média geral, complicado por somente a paciente 66 (+) possuir renda própria (R\$200,00).

Todas as pacientes afirmaram que seus parceiros não teriam outras parceiras nos últimos seis meses. ?!

No entanto analisando o prontuário de cada uma delas nas suas respectivas unidades de atendimento observamos que a paciente 102 (+) havia percebido verrugas no pênis do parceiro (19 anos) a cerca de seis meses, apresentava corrimento fétido com frequência, amarelado, não tendo sido isolado nenhum germe específico, nem havia resultados positivos para HIV, Sífilis, Gonorréia, Gardnerella, Monília, Clamídia, ou quaisquer outros microorganismos.

A paciente 66 (+) apresentava os mesmos resultados de bacterioscopia e de sorologia, seu parceiro tem 39 anos que esporadicamente apresentava coceira na região da virilha.

A paciente 09 (Indet.) foi a única que apresentou candidíase, com todos os outros exames negativos. Seu parceiro tem 19 anos e não apresentava quaisquer queixas.

Todas as pacientes se encontram sem alterações hematológicas significativas e assintomáticas no momento da entrevista.

Discussão

3. CONCLUSÃO

A soroprevalência de HTLV-I/II em gestantes de Aracati de 0,9% é comparável e semelhante aos níveis encontrados por outros estudos em diversas regiões do Brasil como por exemplo os resultados encontrados em Salvador (Santos e cols, 1995) em torno de 0,88% e 0,72% noutro estudo realizado por Bittencourt e cols em 1998, na mesma cidade.

Uma vez que estes dados são muito semelhantes os riscos e as características do grupo estudado, implicados para a aquisição de infecção deveriam ser os mesmos, desde aqueles relativos a multiplicidade de parceiros, o uso de drogas injetáveis ou transfusões sanguíneas.

No perfil da população estudada não foram encontrados fatores de risco desta natureza afora o baixíssimo índice de uso de preservativos, compensado pelo baixo número de parceiros e relações estáveis e agravada pelo índice de desconfiança no tocante a relações extra-conjugais dos mesmos.

As gestantes soropositivas habitam em regiões de periferia ou localidades rurais como referem alguns trabalhos anteriores.

No perfil sócio-econômico e educacional das pacientes soropositivas para HTLV-I/II difere de outras regiões do globo por apresentarem boa escolaridade com um padrão de renda familiar satisfatório.

O estudo permitiu conhecer o perfil das gestantes infectadas ou não de Aracati e doravante servir de modelo para estudo em outros grupos específicos e para a população em geral nesta mesma cidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, T.M.; DOURADO, I. & GALVÃO-CASTRO, B. – Associations among HTLV-I, HTLV-II and HIV in injecting drug users in Salvador, Brazil. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr. hum. Retrovirol.**, **18**: 186-187, 1998.
2. ARAUJO, A.C.; CASSEB, J.S.; NEITZERT, E. et al. – HTLV-I and HTLV-II infections among HIV – I seropositive patients in São Paulo, Brazil. **Europ. J. Epidem.**, **10**: 165-171. 1994.
3. BITTENCOURT, A. L.; BARBOSA, H.S.S.; BRITES, C. et al.- Clinocopathological aspects of HTLV- I positive and negative cutaneous T-cell lymphoma. **Europ. J. Derm.**, **7**: 283-289, 1997.
4. BITTENCOURT, A. L.- Vertical Transmition of HTLV-I/II: A Review. **Rev. Int. Med. Trop. São Paulo** ,**40** (4): 245-251, 1998
5. BORDUCCHI, D.; KERBAUY, J.; OLIVEIRA, J.- Linfoma/Leucemia de Célula T do Adulto. **Rev. Ass. Med. Bras.**, **45** (1): 63-70, 1999
6. CAN, A.J. & CHEN, S.Y.- Human T-cell leukemia virus type I and II. In: FIELDS, B.N.; KNIPE, D.M.; HOWLEY, P.M. et al. **Fields Virology**. Philadelphia, Lippincot-Raven, p.1849-1871, 1996.
7. GALVÃO-CASTRO, B.-Investigação laboratorial da infecção pelo HTLV-I/II e frequência da co-infecção com HIV. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, **27**:472-477. 1994.

8. GALVÃO-CASTRO, B.; LOURES, L.; RODRIGUES, L. G. et al.- Distribution of human T-lymphotropic virus type I among blood donors: a nationwide Brazilian study. **Transfusion**, 37:242, 1997.
9. HALL, W.; ISHAK, R & ZHU, SW.- Human T lymphotropic virus II (HTLV-II): epidemiology, molecular properties, and clinical features of infection. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr. hum. Retrovirol.**, 13 (Suppl. I): S204-S214, 1996.
10. HINO, S.; KATAMINE, S.; MIYATA, H. et al.- Primary prevention of HTLV-I in Japan. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr. hum. Retrovirol.**, 13 (Suppl. I): S199-S203, 1996.
11. HINUMA, Y.; KOMODA, H. CHOSA T. et al.- Antibodies to adult T-cell leukemia-virus-associated antigen (ATLA) in sera from patients with ATL and controls in Japan: a nation-wide –sero-epidemiologic study. **Brit. J. Cancer** 1982; 29: 631-635
12. ICHIJO, M.; ANDO, Y.; NAKANO, S. et al.- Vertical Transmition of HTLV- I. **Obstet. Gynec. Pract. (Jpn)**, 37: 45-49, 1988.
13. IKEDA, K.; INABA, N. & TAKAMIZAWA, H.- Vertical transmition human T-cell lymphotropic virus type-I (HTLV-I)- genetic diagnosis and assessment of the probable route of HTLV-I infection. **Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi**, 45: 1283-1288, 1993.
14. KAJIYAMA, W.;KASHIWAGI, S.; IKEMATSU, H. et al.- Intrafamilial transmission of adult T-cell leukemia virus. **J. Infec. Dis.**, 1986; 154: 851-857.

15. KAPLAN, J.E.; OSAMR, M.; KUBOTA, H. et al.-The risk of development of HTLV-I associated myelopathy tropical spastic paraparesis among person infected with HTLV-I. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr. , 3: 1096-1101, 1990.**
16. POIESZ, B.J.; RUSCETTI FW; GAZDAR Af et al. Detection and isolation of type C retrovirus particles from fresh and cultured lymphocytes of a patient with cutaneous T-cell lymphoma. **Proc. Natl. Acad. Sci. 1980; 77:7415-7419.**
17. TSUJI, Y.; DOI, H.; YAMABE, T. et al. Prevention of mother to child transmtion of Huna T-linphotropic virus type-I. **Pediatrics 1990; 86: 11-17.**

Fallam
reference. citat
no text.

Dr. Falcão

Trabalho

(88) 3433-38-38

celular

(88) 96116250

apresentado no XVIII ~~Brasil~~
Cong. Nac. do Colégio Brasileiro
de Hematologia - 2001 V.8
pag 185

CEP — 28/05/2009 aprovado
Instituto de Ciências do UFRN - IEC.

Processo N° 028/2009

Yosivaldo ---
Falecos --- Prof. Maria Falecos Nete
Fec Vânia Rêgo A. F. Jones
→ José Edson Junior