

Emergência do vírus influenza A-H1N1 no Brasil: a propósito do primeiro caso humano em Minas Gerais

Emergence of influenza A-H1N1 virus in Brazil: the purpose of the first human case in Minas Gerais

Maria Camilo Senna¹, Viviane Dias Cruz¹, Ana Carolina Gomes Pereira¹, Renata Lanna Maciel¹, Álvaro Borges¹, Cristiano Melo¹, Enio Roberto Pietra Pedroso²

RESUMO

Este relato apresenta as características clínico-epidemiológicas do primeiro caso de infecção pelo vírus influenza A-H1N1 registrado em Minas Gerais. A internação hospitalar foi realizada com todos os cuidados de controle respiratório, em quarto com pressão negativa e de contacto. A paciente esteve em Cancun (México) em viagem de lazer, retornando a Belo Horizonte com sintomatologia caracterizada por tosse, rinorreia, mal-estar, permanecendo 36 horas em contacto com seus familiares até procurar atenção médica, quando foi internada. Evoluiu com melhora progressiva, permanecendo internada por 10 dias. Ao final desse período, estava restabelecida, sem queixas ou anormalidades. Não houve sintomatologia em seus familiares em Belo Horizonte. Seu marido, que esteve sempre ao seu lado, também apresentou sintomatologia semelhante, sem ter sido isolado o vírus influenza A H1N1.

Palavras-chave: Influenza Humana; Vírus da Influenza A; Vírus da Influenza A Subtipo H1N1.

ABSTRACT

This report presents the clinical and epidemiological characteristics of the first case of infection with influenza A virus H1N1-registered in Minas Gerais. The hospital has carefully conducted the respiratory control in room with negative pressure and contact. The patient has been in Cancun (Mexico) on a leisure trip, returning to Belo Horizonte with symptoms characterized by cough, rhinorrhea, malaise, staying for 36 hours in contact with relatives to seek medical attention when she was hospitalized. Evolved with progressive improvement and remained in hospital for 10 days. At the end of this period she was recovered, without complaints or abnormalities. There was no report of symptoms in the relatives in Belo Horizonte. Her husband who has always been at her side has also presented similar symptoms and has been isolated with the virus influenza A H1N1.

Key words: Influenza, Human; Influenza A Virus; Influenza A Virus, H1N1 Subtype.

INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus influenza A subtipo H1N1 apresenta sinonímia extensa, sendo também conhecida como gripe suína, porcina, mexicana, norte-americana e nova. Consiste em doença infecto-contagiosa ocasionada por variante do vírus influenza, que surgiu, possivelmente, de mutação de material genético de vírus humano, suíno e aviário que se encontrava, simultaneamente, em porcos. Os vírus influenza de várias espécies quando infecta o mesmo animal pode se reorganizar

¹ Residente em Infectologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

² Professor Titular do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Recebido em: 10/06/2009
Aprovado em: 24/06/2009

Instituição:
Serviço Especial de Diagnóstico e Tratamento em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Medicina Tropical e Infectologia, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.

Endereço para correspondência:
Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.
Av. Alfredo Balena, 190
Belo Horizonte - MG
CEP: 30130-100

geneticamente e originar nova estirpe de vírus, como sucedeu, atualmente, com a emergência do vírus influenza A-H1N1.¹⁻⁶

O vírus suíno foi isolado pela primeira vez em 1930. Sua infectividade para o ser humano é baixa, entretanto, existem casos esporádicos de contágio em grupos de risco constituídos por agricultores, suinocultores e profissionais correlatos.^{1-3,7,8}

A classificação dos vírus influenza é feita com base em seus constituintes H (hemaglutinina): 1, 2 e 3; e N (neuraminidase): 1 e 2.^{1,2,9,10}

A infecção pelo influenza A-H1N1 determina, principalmente, doença das vias aéreas, sendo considerada desde a sua emergência, em abril de 2009, a partir de dados preliminares relatados no México, capaz de determinar letalidade em torno de 6 a 10%, o que provocou comoção mundial, pelos riscos de pandemia. Em suínos provoca doença respiratória, altamente contagiosa, sem expressiva mortalidade.

O vírus A-H1N1 possui transmissão direta e indireta do suíno para o ser humano, respectivamente, ao inalar secreções respiratórias ou pelo contacto com mão e objeto contaminados pelo vírus. A contaminação não se faz pelo consumo de carne ou produtos suínos cozidos a 70°C.

A epidemia de influenza A-H1N1 foi classificada, inicialmente, em escala de risco de pandemia (criada em 2005 pela OMS) em 4 a 5 (nível máximo de 6), considerado o mais alto nível já registrado desde a sua criação. Não foram identificados suínos doentes no local da epidemia (México).¹¹⁻¹⁴

A situação atual da transmissão pelo vírus A H1N1 o situa cada vez mais humano do que suíno. O número de casos descritos em todo o mundo atinge 21.136, com letalidade de 0,56%.

As manifestações clínicas da infecção influenza A-H1N1 são, em geral, idênticas às verificadas na influenza sazonal humana, destacando-se a possibilidade de náuseas, vômitos e diarreia. Seu período de incubação situa-se entre um e três dias, com a infectividade instalando-se desde 24 horas antes até 10 dias após o início de sua sintomatologia. Evolui como síndrome febril, com temperatura corpórea elevada, de instalação repentina, com fadiga, dores pelo corpo, tosse, cefaleia, hiperemia conjuntival, rinorreia, náusea, vômitos e diarreia. Sua gravidade e a letalidade estão por ser estabelecidas.

O vírus influenza A-H1N1 é identificado por intermédio da análise das secreções das vias aéreas altas,

necessitando, no momento, de 48 a 72 horas para ser estabelecido após a coleta de material apropriado.

O tratamento da infecção por influenza A-H1N1 requer cuidados gerais, dieta hipercalórica e normoproteica, hidratação das vias aéreas por intermédio da ingestão frequente de líquidos pela via oral, nebulização e vaporização. Pode ser necessário o uso de antitérmicos e analgésicos para o tratamento da sua sintomatologia. Os antivirais Oseltamivir e Zanamivir podem impedir a sua manifestação clínica se tomados até 48 horas depois de instalada a infecção, devendo ser mantidos por mais 10 dias. As complicações clínicas decorrem de insuficiência respiratória, metabólica e hemodinâmica, sendo necessário o suporte ventilatório, básico e avançado de vida.

A prevenção da infecção pelo vírus influenza A-H1N1 requer hábitos regulares de higiene como lavar as mãos antes e após contacto com pacientes contaminados, controle de aerossóis-perdigotos, incluindo o uso de máscaras, e evitar locais cheios de pessoas. A administração de imunobiológicos para proteção não está disponível. A vacina antigripe suína ou humana não é capaz de imunizar o ser humano.

RELATO DO CASO

A paciente que evoluiu com influenza A H1N1 possuía entre 20 e 30 anos de idade, era casada, chegou a Belo Horizonte e 36 horas após foi internada no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, junto com seu esposo, após um tempo de lazer em Cancun (México). Nesse período não saiu de sua casa, entretanto, manteve contacto com seus familiares.

Foi alertada, a partir de notícia pelos meios de comunicação, sobre o risco da epidemia pelo vírus influenza de origem mexicana. Procurou, por isso, serviço de vigilância epidemiológica, devido à sintomatologia que apresentava desde a sua estada no México. Permaneceu sob isolamento até esclarecimento das suas queixas. Apresentava odinofagia inicial e rinorreia líquida e cristalina de pequena intensidade, além de mal-estar generalizado. Não teve tosse. A sua sintomatologia perdurou por 72 horas e regrediu rapidamente. Ficou por 10 dias em isolamento respiratório, em ambiente com pressão negativa, dieta normal e medicação sintomática constituída por analgésico-antitérmico. Em toda a sua internação esteve com seu esposo, que apresentava sintomatologia semelhante.

Os familiares e o esposo, que mantiveram contacto íntimo com a paciente, não foram contaminados pelo vírus influenza A-H1N1.

Os exames complementares realizados, como hemograma, proteína C reativa, função hepática e renal e radiografia do tórax, estavam normais.

O marido da paciente chegou ao hospital queixando-se de rinorreia e tosse seca leves, entretanto, com sintomatologia mais intensa do que a de sua esposa.

Ambos receberam alta transcorridos 10 dias após o surgimento da sintomatologia e, já assintomáticos, foram encaminhados para sua residência, onde continuaram sob vigilância epidemiológica.

DISCUSSÃO

O vírus influenza A H1N1, de origem mexicana e disseminação inicial para a América do Norte, pareceu tratar-se de risco graduado em escala entre 4 e 5 (OMS), gerando preocupação, com alerta mundial para pandemia grave e com letalidade entre 6 e 10%. Provocou comoção mundial e preparo para o enfrentamento de risco altíssimo e aparentemente descontrolado. A vigilância sanitária mexicana agiu de forma a promover interrupção de contágio, com afastamento por quase cinco dias de toda a sua população. As medidas resultaram em decaimento da disseminação da endemia. Providências desse porte não foram acompanhadas pelos Estados Unidos da América e a disseminação mundial com a gravidade prevista não se confirmou. Desde abril de 2009 a letalidade veio decaindo até reduzir-se abaixo de 0,6%.¹⁰⁻¹⁴

As medidas de saúde pública desenvolvidas pelo Ministério da Saúde brasileiro, com a participação de todas as unidades da federação, por intermédio do Sistema Único de Saúde, mostraram-se de extrema eficácia, revelando capacidade de mobilização da atenção à saúde com juízo e adequação de atitudes capazes de identificar precocemente os riscos e sua prevenção.⁶⁻⁹

O caso aqui descrito trata-se do primeiro identificado em Minas Gerais, quase simultâneo ao primeiro no Brasil, de infecção por influenza A-H1N1, algumas horas após a sua emergência no México. Revela algumas peculiaridades como o risco planetário em relação às doenças infecciosas, a rapidez da mobilização dos agentes infecciosos, o contacto íntimo com familiares sem transmissão efetiva do vírus, o risco de que medidas de vigilância sanitária, mesmo eficazes,

sejam transpostas pela mobilidade humana, a participação social e humanitária da população brasileira em risco para preservar a vida humana, a conservação da privacidade das pessoas diante de impacto do não-usual a conferir curiosidade e a identificação de pessoas com o inusitado.¹⁻⁹

Trata-se, por outro lado, de oportunidade singular para que instituições públicas de todos os âmbitos, municipais, estaduais e federal, possam se integrar em busca de qualidade, de prestação da atenção ao cidadão desde a vigilância sanitária, o controle diagnóstico, a produção de imunobiológicos, até a organização de rede de saúde, com a disponibilidade de todos os recursos necessários. Essa oportunidade inclui a perspectiva de promoção de políticas públicas para não só o enfrentamento de calamidades e catástrofes, mas de inclusão de todas as possibilidades de enfrentamento das doenças emergentes, reemergentes e permanentes de forma definitiva, cuidadosa, ética e cidadã.⁹⁻¹³

CONCLUSÃO

O vírus influenza A-H1N1 foi detectado pela primeira vez em Minas Gerais em maio de 2009, poucas horas após a sua emergência no México. A evidência dessa epidemia revela que o planejamento estratégico em relação ao controle de doenças deve incluir todo o planeta. A sintomatologia que determina é semelhante ao da gripe humana sazonal. As medidas de vigilância sanitária parecem adequadas ao controle da endemia. A emergência dessa endemia colocou em prontidão todo o esforço humano a impedir que o vírus se disseminasse, revelando a capacidade de organização e a oportunidade de definição de enfrentamento às doenças por parte do Sistema Único de Saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Brookes SM, Irvine RM, Nunez A, Clifford D, Essen S, Brown IH, *et al.* Influenza A (H1N1) infection in pigs. *Vet Rec.* 2009; 164:76-1.
2. Brownstein JS, Freifeld CC, Madoff LC. Influenza A (H1N1) Virus, 2009 – Online Monitoring. *N Engl J Med.* 2009 May 21; 360(21):2156.
3. CDC. Outbreak of a swine-influenza A (H1N1) virus infection – Mexico, March-April, 2009. *MMWR.* 2009; 58:467-70.

4. Capozzi A, Paña A. Proposed guideline for management of patients with confirmed or suspected swine-origin influenza A (H1N1) infection in a hospital setting. *Ig Sanita Pubbl*. 2009; 65:139-68.
5. Carmo EH, Oliveira WK. The risk of a pandemic with the influenza A (H1N1) virus. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25:1192-3.
6. Ellis J, Iturruza M, Allen R, Bermingham A, Brown K, Gray J, Brown D. Evaluation of from-real-time PCR assays for detection of influenza A (H1N1) viruses. *Euro Surveill*. 2009; 14: 22-8.
7. Honigsbaum M. Pandemic. *Lancet*. 2009; 373:1939.
8. Neumann G, Noda T, Kawaoka Y. Emergence and pandemic potential of swine-origin H1N1 influenza virus. *Nature*. 2009; 459:931-9.
9. Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team, Dawood FS, Jain S, Finelli L, Shaw MW, Lindstrom S, Garten RJ, *et al*. Emergence of a novel swine-origin influenza A (H1N1) virus in humans. *N Engl J Med*. 2009 Jun 18; 360(25):2605-15.
10. Lovie J, Winter K, Harriman K, Vugia D, Grazer C, Matyas B, *et al*. Hospitalized patients with novel influenza A (H1N1) virus-infection, California, April-May, 2009. *MMWR*. 2009; 58: 536-41.
11. Shetty P. Preparation for a pandemic: influenza A H1N1. *Lancet Infect Dis*. 2009; 9: 339-40.
12. Trifonov V, Khlabianian H, Rabadan R. geographic Dependence, Surveillance, and Origins of the 2009 Influenza A (H1N1) viruses. *N Engl J Med*. 2009; 357: 2559-62.
13. Whiley DM, Bialasiewicz S, Bletchly C, Faux CE, Harrower B, Gould AR, *et al*. Detection of novel influenza A (H1N1) virus by real-time RT-PCR. *J Clin Virol*. 2009 Jun 6. [Epub ahead of print]
14. Zarocostas J. World Health Organization Declares A (H1N1) influenza pandemic. *BMJ*. 2009 Jun 12; 338:b2425. doi: 10.1136/bmj.b2425.