

Gripe aviária: uma doença devastadora

Entrevistado

Francisco Ivanildo de Oliveira Júnior
Mestre em Infectologia pela Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo. Médico infectologista do
Hospital Emílio Ribas. Membro da Comissão de Controle de
Infecções do Hospital Emílio Ribas.

Conscientiae Saúde: O que é e como se transmite a gripe aviária?

Francisco Ivanildo de Oliveira Júnior:

A gripe aviária é uma infecção que acomete basicamente aves e é provocada pelo subtipo H5N1 do conhecido vírus *Influenza* tipo A. Esse vírus tem três tipos básicos (A, B e C), que são classificados de acordo com a exposição dos seus antígenos principais, que ficam mais na superfície, os antígenos H (hemaglutinina) e N (neuraminidase); cada uma dessas classificações acomete mais comumente determinados tipos de animais. Os subtipos H5 e H7 classicamente têm atingido aves, mas, esporadicamente, podem ser transmitidos para outros mamíferos, inclusive para o homem. Então, a doença resultante da infecção pelo H5N1, o subtipo em questão, acomete aves, principalmente as voadoras aquáticas, algumas selvagens, e as aves domésticas, como galinhas, perus, patos, gansos e cisnes. No entanto, possui a característica potencial de ser transmitida para seres humanos e é aí que reside a principal preocupação das autoridades de saúde. De fato, esse risco de transmissão já se concretizou, e é de conhecimento público a ocorrência de mais de uma centena de casos de transmissão do subtipo H5N1 de aves para humanos, com uma taxa de letalidade bastante alta, o que revela a elevada patogenicidade desse vírus. Cumpre notar que a transmissibilidade da ave para o humano é relativamente baixa e a transmissão entre seres humanos, até o momento, foi registrada em situações raríssimas. Isso quer dizer esse vírus ainda não se adaptou de forma

que provoque uma eficiente transmissibilidade inter-humana, mas existe o risco de sofrer algum tipo de mutação ou de se combinar com outras cepas do vírus *Influenza* que, comumente, causam a doença em humanos, fazendo com que a transmissão se concretize de forma mais eficiente.

CS: Como se caracteriza a patogenicidade da gripe aviária?

FIO: É uma doença sistêmica relacionada, basicamente, ao trato respiratório, e com relação a isso não existe grande diferença das manifestações do vírus *Influenza*, que tradicionalmente causa a gripe em humanos. Os sintomas são semelhantes aos de uma gripe comum: aparecimento súbito, com febre habitualmente alta, demais sintomas respiratórios – coriza, tosse – e alguns sintomas caracterizando o comprometimento sistêmico, como mialgia e inapetência. Os casos documentados até hoje de humanos acometidos pela cepa H5N1 do vírus *Influenza* apresentam estas características: febre, tosse, coriza, dor para engolir, congestão nasal, falta de ar, comprometimento respiratório importante e mais os sintomas sistêmicos, como dor de cabeça, calafrios e dor no corpo. A diferença é a intensidade e a violência do comprometimento. A chamada gripe aviária tem uma patogenicidade mais elevada: o risco de evoluir para uma doença grave é mais alto com essa cepa do que com as tradicionais, embora não se possa considerar a gripe comum uma doença banal – haja vista o grande número de pessoas que todos os anos adoecem, necessi-

tam de internação, ou mesmo que chegam a óbito por conta da gripe – nem as complicações que dela resultam, que exigem pesados tratamentos à base de antibióticos, como as bacterianas (pneumonias, sinusites), principalmente nos grupos considerados de alto risco, os pacientes idosos acima de 60 anos, ou portadores de alguma doença que provoque imunodepressão, ou ainda que possuam doença crônica do aparelho respiratório, cardiopatas ou hepatopatas crônicos, pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência adquirida etc. Com o vírus da cepa H5N1, mesmo pacientes teoricamente imunocompetentes, que não possuam comorbidades, têm uma apresentação clínica mais grave, que é o que responde pela elevada taxa de letalidade: cerca de 60% dos que o contraíram foram a óbito.

CS: Em tese, o homem pode vir a ser um transmissor do H5N1, ainda mais se houver mutação do vírus, por exemplo, uma associação com o vírus da gripe que acomete seres humanos. Existe a possibilidade de ele ser hospedeiro e transmissor do vírus – hoje em dia as aves hospedam o vírus e o transmitem – ou apenas hospedeiro, sem transmiti-lo?

FIO: Quando se menciona hospedeiro, imagina-se um organismo que alberga um vírus ou outro tipo de microorganismo e o transmite, mas que habitualmente não sofre influência nem efeito significativo desse agente. Esse seria um hospedeiro “eficiente” porque poderia transmitir para outras pessoas sem manifestar a doença. Como o vírus possui elevada letalidade – mata uma porcentagem muito significativa daquelas pessoas que ele ataca –, essa transmissão é relativamente limitada, não só porque ele mata, mas porque o vírus não está bem adaptado para ser transmitido, de forma eficaz, de um ser humano para outro. Mas a possibilidade existe, e isso já foi documentado em casos pontuais de indivíduos que tiveram contato com uma ave, selvagem ou doméstica, e que transmitiram o vírus para uma segunda pessoa em contato intradomiciliar. Já a transmissão terciária, desse segundo indivíduo para um terceiro, ainda não foi documentada, o

que mostra que, com a cepa atual de H5N1, o risco de transmissão ainda é reduzido. No entanto, é sabido que o vírus *Influenza A* tem alta capacidade de sofrer mutações; ele pode sofrê-las espontaneamente, e uma delas pode vir a conferir ao vírus a capacidade de ser transmitido de um humano para outro de forma mais eficaz do que a registrada atualmente. Pode ainda combinar-se com material genético de outras cepas que já estejam adaptadas aos seres humanos, dando origem a uma nova cepa viral com patogenicidade elevada, adquirindo capacidade de transmissão inter-humanos, o que geraria o risco de epidemia, ou mesmo de uma pandemia, de comprometimento global.

CS: Já vimos a sintomatologia. Em termos de tratamento, com o que se pode contar na atualidade?

FIO: Na verdade, o que temos hoje são alguns medicamentos utilizados contra o vírus *Influenza* e que têm demonstrado eficiência contra esse vírus, mas cujo efeito sobre o vírus *Influenza* aviário ainda é duvidoso. São basicamente dois grupos, que têm ações diferentes, mas inibem a neuraminidase, um dos antígenos do vírus *Influenza*. Um deles é o zanamivir (nome comercial: Relenza®), utilizado por via inalatória, e o outro é o oseltamivir (nome comercial: Tamiflu®), administrado por via oral, além dos medicamentos de uma geração anterior que são a amantadina e a rimantadina, de menor eficácia. Embora a medicação atual seja mais eficaz, pois reduz o tempo de duração da doença, a incidência de complicações e a necessidade de utilização de antibióticos e de internações, não existe consenso sobre sua eficácia na redução da mortalidade. Com relação ao vírus *Influenza* aviária, essa medicação tem sido utilizada para tratamento e indicada também para seres humanos, como medida preventiva naquelas situações em que houve contato com aves. Para os animais, não há tratamento. É preciso extirpar o foco local da doença, quer dizer, matar todas as aves numa determinada área, e isso tem provocado grandes prejuízos.

CS: Por que não há tratamento contra o vírus no que se refere às aves? Pesquisar um tratamento para os animais seria antieconômico? Será que é econômico promover o extermínio de aves em grandes proporções?

FIO: De fato, não há medicamentos que tenham sido testados e apresentem eficácia comprovada no tratamento das aves. Como é muito alta a transmissibilidade desse vírus entre as aves, o que se tem recomendado é que uma vez detectado num determinado grupo de animais, é preciso sacrificá-los para conter a transmissão. Essa prática tem sido comum em criações de aves na Ásia. Lá, os animais são criados livremente, muito diferente do que a gente entende por criação de aves aqui no Brasil, em que os animais, separados em rebanhos confinados, não circulam, o que teoricamente diminui muito a possibilidade de contágio por contato com aves selvagens, por exemplo. Nos rebanhos asiáticos, existe uma proximidade muito grande entre animais e seres humanos, principalmente nas áreas rurais mais afastadas, em que, muitas vezes, animais e humanos dormem no mesmo ambiente e inalam as mesmas partículas infectantes, fazendo com que o risco de transmissão entre os animais e dos animais para os seres humanos aumente exponencialmente.

CS: No plano macroscópico, quais são as estratégias de prevenção de uma eventual epidemia de gripe aviária?

FIO: Sabe-se que as pandemias de gripe ocorrem periodicamente; por isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu uma classificação de riscos para tentar hierarquizar a percepção do problema entre os vários setores afetados e fazer com que os esforços nos vários países fossem feitos de forma simultânea, harmonizada. O risco foi então estratificado em níveis de alerta.

As fases 1 e 2 abarcam o período interpandêmico e tanto numa quanto noutra não há um subtipo novo do vírus *Influenza* em circulação; na fase 2, no entanto, já se identifica um subtipo animal que tem a possibilidade de causar doença no homem. O período pré-pandêmico compreende três fases de alerta; atualmente vivenciamos a fase 3, que se dá quando se tem o subtipo viral que causa infecção humana (H5N1 ou suas mutações, no caso), mas a disseminação entre um ser humano e outro não existe, ou é muito rara. Na fase 4, ocorrerão surtos pequenos; na 5, surtos maiores, com transmissão inter-humana mais comum, mas ainda localizada. A fase 6 contemplaria o período abertamente pandêmico, quando já existe a transmissão bem estabelecida na população.

“É preciso extirpar o foco local da doença, quer dizer, matar todas as aves numa determinada área, e isso tem provocado grandes prejuízos.”

CS: Sobre a idéia de tratamento da gripe aviária com vacina imunizadora ou atenuadora. É possível a existência de vacinas no Brasil, num futuro próximo? Como o país pode preparar-se nesse aspecto para o caso de ocorrer uma pandemia?

FIO: O trabalho, hoje desenvolvido, sobre a vacina contra a gripe passa por alguns centros de excelência no monitoramento e análise dos subtipos dos vírus que estão circulando pelo planeta, denominados laboratórios-sentinela. Atualmente, há vacinas produzidas especificamente para os hemisférios Norte e Sul. Como o vírus *Influenza* circula principalmente no período do inverno e esse ocorre em momentos diferentes em cada hemisfério, pode haver uma variação do subtipo mais agressivo no decorrer dos seis meses que separam uma estação da outra no Norte e no Sul. Então, para montar uma estratégia mais eficiente e eficaz de produção de vacinas, habitualmente se necessita de um lapso de tempo tal que possibilite o recolhimento de informações e



sua introdução no próximo lote de vacinas a ser produzido pelo laboratório-sentinela e sua liberação para produção em quantidade suficiente para imunizar a população – no caso de uma pandemia, o correto seria vacinar toda a população. Nesse primeiro momento de alerta pré-pandêmico (fase 3), a recomendação que existe é vacinar o maior número possível de indivíduos com a vacina convencional, porque isso reduziria a circulação das cepas habituais, diminuindo, assim, a possibilidade de combinar a cepa H5N1 com as habituais H1N1 ou H3N1 (cepas que, costumeiramente, fazem parte das vacinas antigripe aplicadas nos postos de saúde). Essa aplicação é feita uma vez por ano, principalmente na população acima de 60 anos ou população de risco, mas pode ser tomada por qualquer indivíduo. Dessa forma, existe uma série de laboratórios trabalhando na produção de vacinas específicas contra o vírus H5N1, mas não em escala comercial. Considere-se ainda a possibilidade de haver variantes desse vírus: não se sabe exatamente qual o tipo de mutação do *Influenza* que vai emergir e permitir o contágio inter-humanos; daí a importância de os governos se manterem bastante atentos ao monitoramento dos tipos de vírus em circulação, para que, em caso de pandemia, a vacina mais adequada possa ser produzida rapidamente e em quantidade suficiente para o atendimento da população.

CS: Todas as vacinas que estão sendo desenvolvidas têm o mesmo foco? Elas visam a erradicar a doença, a diminuir seu impacto, prevenir ou aliviar os sintomas?

FIO: As vacinas contra gripe disponíveis atualmente têm eficácia limitada e variada, dependendo da faixa etária vacinada e da possibilidade de o indivíduo vacinado ter comorbidade ou não. O que a gente sabe é que, para indivíduos jovens e saudáveis, a eficácia da vacina da gripe na prevenção do adoecimento oscila entre 60 e 90%. Para indivíduos idosos, a eficácia é bem menor, mas, em geral, reduz significativamente o risco de formas graves da doença e diminui a necessidade do uso de antibióticos e, principalmente, o risco de inter-

nação hospitalar. Então, mesmo que a vacina não reduza o adoecimento, ela minimiza o impacto da gripe na população, a necessidade de internação e faz decrescer o número de óbitos. No entanto, para que isso ocorra, é interessante que, além da vacina específica contra a gripe, grupos populacionais recebam vacinação contra o pneumococo, porque algumas das complicações mais comuns da gripe são as infecções pneumocócicas invasivas, principalmente as respiratórias como a pneumonia. Se o indivíduo estiver protegido contra algumas cepas da pneumonia, o risco de ele ter infecção grave, ou de ser necessária a hospitalização, ou mesmo de evoluir para óbito diminuirá drasticamente.

CS: Tendo em mente o que está disponível hoje, o desenvolvimento de uma vacina específica para o H5N1 ou suas mutações seguirá esse mesmo espírito, ou seja, talvez tenha de ser combinada com vacinas contra pneumococos e outras infecções, formando um coquetel de vacinas?

FIO: Provavelmente, da mesma forma que já existe, as vacinas contra a gripe são, na verdade, um coquetel de vacinas, porque não são direcionadas ao combate de um único subtipo viral. Com base nas informações dos laboratórios-sentinela, aos quais me referi, os laboratórios farmacêuticos desenvolvem vacinas que constituem combinações geralmente contra *Influenza* A e B de subtipos diferentes. A composição da vacina é modificada anualmente, o que não lhe tira a eficácia contra 2 subtipos de *Influenza* A e um subtipo de *Influenza* B, que são aqueles representativos dos vírus que circularam com maior intensidade na estação anterior.

CS: Temos laboratórios-sentinela operando aqui no Brasil?

FIO: Em nosso país, contamos com três laboratórios capacitados para identificação desses vírus: o Instituto Adolfo Lutz, em São Paulo; o laboratório da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro, e o laboratório Evaldo Chagas, em Belém do Pará. As amostras coletadas nos laboratórios e centros de atendimento do Brasil

são encaminhadas para esses três laboratórios-sentinela, que fazem a identificação das cepas virais. Eles integram o esquema montado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) no Plano de Contingência do Brasil para o enfrentamento de uma potencial pandemia de *Influenza* (Anvisa, fevereiro de 2006).

CS: Do ponto de vista econômico, por um lado, vemos as estatísticas do laboratório que produz o medicamento Tamiflu® e vendeu, em 2005, cerca de um bilhão de dólares; por outro, um país como o Brasil, que tem uma grande população pobre e no qual os medicamentos mais vendidos são os “genéricos”, que incidem menos no bolso da população. Como se pensa a questão de uma ação rápida e abrangente contra uma eventual epidemia de gripe que, do ponto de vista da saúde pública, facilite o acesso da população aos medicamentos?

FIO: No plano de contingência do Ministério da Saúde para enfrentamento de uma possível pandemia de *Influenza*, um dos pontos contemplados foi a aquisição do Tamiflu®. O Ministério da Saúde, em um documento de novembro de 2005, afirma ter negociado com o laboratório fabricante do Tamiflu® mais de 9 milhões de tratamentos para serem distribuídos em caso de necessidade (uma pandemia de *Influenza*), e nesse mesmo documento está explícita a possibilidade de uma discussão para licenciamento voluntário, por meio de laboratórios oficiais, o que já está sendo discutido no Ministério da Saúde, mas, a exemplo do que se observou em outras situações em que a compra de medicamentos gerou grande impac-

to financeiro – como no caso dos medicamentos antirretrovirais utilizados para o tratamento de pacientes com Aids –, há um viés político a considerar e não se sabe até que ponto o Ministério da Saúde e o governo federal estão dispostos a partir para um enfrentamento com os laboratórios internacionais. Se realmente tivermos de encarar uma

situação de pandemia, talvez seja inevitável a necessidade de quebra de patente ou de licenciamento desse tipo de medicação. No entanto, não é possível precisar o tempo de preparação dos laboratórios oficiais para produzir esse tipo de medicamento na escala necessária para fazer frente à demanda. Por outro lado, houve uma certa histeria em relação à compra desse medicamento, o que provavelmente resultou em vultosos lucros desse laboratório em 2005.

Durante algum tempo o medicamento sumiu das farmácias, e o que se viu foi que pessoas com mais recursos faziam estoques domiciliares de Tamiflu®. Ressalte-se que isso não ocorreu apenas no Brasil, mas também em outros países. A população precisa estar bem orientada sobre as várias questões que envolvem a potencial epidemia de gripe, inclusive para saber da própria limitação da utilização desse medicamento para essas cepas virais.

CS: Paralelamente ao trabalho de pesquisa desenvolvido nos laboratórios-sentinela, o senhor conhece outro plano em curso mais ligado à saúde pública, que conte com as estruturas dos estados e dos municípios?

FIO: Existe sim. No documento já citado da Anvisa, estabelecem-se as ações que devem ser desenvolvidas em conjunto com as secreta-

“Se realmente tivermos de encarar uma situação de pandemia, talvez seja inevitável a necessidade de quebra de patente ou de licenciamento desse tipo de medicação [...] A população precisa estar bem orientada sobre as várias questões que envolvem a potencial epidemia de gripe [...]”

rias estaduais e de Saúde. Não tenho informações precisas de como isso está funcionando em outros estados da federação, mas para o Estado de São Paulo existe também um documento da Secretaria de Saúde, que preconiza a formação de um grupo para a preparação estadual de combate a uma possível pandemia de *Influenza* e, mais do que isso, para a preparação do acompanhamento a partir da fase atual (3 – alerta pré-pandêmico), que englobe basicamente a questão da vigilância, da distribuição do vírus, pois há que detectar rapidamente o aparecimento de casos da doença. É preciso que todos estejam num nível de alerta bastante bom para que os casos não passem sem detecção; por isso, foi criada uma rede de centros-sentinela em que se faz a coleta de material (secreção respiratória de pacientes) a ser encaminhado aos laboratórios-sentinela, onde é feito o acompanhamento dos subtipos virais que estão circulando. Além disso, há no Estado de São Paulo alguns centros de referência para controle e tratamento da doença, como o Hospital Emílio Ribas, o Hospital São Paulo, o Hospital do Servidor Público Estadual e o Hospital das Clínicas da USP, todos na capital, mais o Hospital das Clínicas da Unicamp e o Hospital Estadual de Bauru, cujo padrão de instalações físicas permite o tratamento desses pacientes e garante segurança para os profissionais de saúde envolvidos. É óbvio que essa estrutura corresponde a uma situação em que haja um número limitado de pacientes, que é o previsto para as várias fases do período de alerta pré-pandêmico. Num período abertamente pandêmico, com um número exorbitante de contágios, todos os serviços de saúde teriam de estar capacitados para receber esse tipo de paciente. Seria um atendimento de campanha e não mais uma situação de atendimento que a atual estrutura hospitalar comporta, porque o número de leitos, embora grande, seria insuficiente. Existe um projeto que está sendo encaminhado para o Ministério da Saúde, do qual nós do Emílio Ribas fazemos parte, que busca ampliar a capacitação de profissionais de saúde para o enfrentamento de uma pandemia do *Influenza*. No próprio Emílio Ribas, foi formado um gru-

po do qual fazem parte a CCH, onde trabalho, profissionais do laboratório e do corpo clínico do serviço de vigilância epidemiológica, coordenado pelo próprio diretor do hospital, com o objetivo de preparar um plano alternativo para dotar o hospital de infra-estrutura adequada que suporte uma possível pandemia de *Influenza*. A preparação engloba treinamento para coleta de material, fluxo de envio desse material para o laboratório e outras medidas específicas de atendimento a pacientes infectados. Além disso, existe a proposta de capacitação do hospital Emílio Ribas como centro nacional de treinamento em assistência hospitalar. Nessa proposta, um grupo de profissionais do hospital capacitaria outros profissionais da área tanto no Estado de São Paulo quanto em outras unidades em todo o país.

CS: Há 90 anos, o mundo experimentou uma epidemia de gripe, a gripe espanhola, com efeitos devastadores até no Brasil. Era uma outra situação, outra estrutura hospitalar, outro momento para o desenvolvimento científico. Guardadas essas diferenças, que impacto pode ter uma nova epidemia de *Influenza* no século XXI e que cenário se pode antever? Ainda pensando em termos de saúde pública, estamos menos ou mais preparados para essa nova epidemia?

FIO: Acredito que, apesar de todos os problemas que temos em relação à assistência médico-hospitalar na rede pública, de toda a dificuldade que a população enfrenta para receber atendimento adequado, de uma forma geral, estamos mais bem preparados do que estávamos anteriormente, até por conta de um século de avanço no desenvolvimento científico, na capacidade de realizar diagnósticos, de desenvolver novas terapias. Soube-se, posteriormente, que grande número de pacientes que foram a óbito na época da epidemia de gripe espanhola morreu por complicações decorrentes da gripe, por infecções bacterianas secundárias como a própria infecção por pneumococo, complicações contra as quais ainda não se dispunha de tratamento. Estou falando de uma época pré-

antibiótica. Por isso hoje, teoricamente, o impacto dessa epidemia seria menor em termos de letalidade; por outro lado, em relação não só a essa ameaça de pandemia de gripe, mas também a qualquer outra situação de ameaça de infecções respiratórias graves, se considerarmos que o mundo está “muito menor” no sentido de que as distâncias são mais curtas por conta dos meios de transporte, maior será a possibilidade de essa pandemia se alastrar com rapidez. O indivíduo que hoje está na Ásia estará aqui amanhã, e a pessoa com quem ele teve contato ontem viaja hoje de Norte a Sul do país: a possibilidade de transmissão é alta e, se os centros-sentinela não estiverem realmente alertas e nossas barreiras não funcionarem, a possibilidade de uma disseminação muito rápida dessa infecção será grande. O Brasil

vem-se preparando para eliminar os problemas com a vigilância dos pontos de entrada do país. Os profissionais de saúde que trabalham na Anvisa, em portos e aeroportos, estão mantendo um nível de alerta bastante elevado em relação à chegada de indivíduos com sintomas respiratórios, principalmente vindos de países onde já se registraram casos de *Influenza* aviária. Essa medida é imprescindível para que se possa detectar casos da doença, de forma precoce, reduzindo, assim, o risco de transmissão para outras pessoas no país.

“Não me consta que exista alguma abordagem específica em relação aos animais que migram e que podem ser os vetores dessa doença aqui no país. No entanto, há amplas recomendações de que se notifiquem as autoridades policiais e sanitárias no caso de serem encontradas aves mortas, sem causa definida; de que seja feita a coleta e o envio dessas aves para os laboratórios-sentinela para que se tente fazer o diagnóstico do *Influenza*.”

CS: Para além da vigilância em portos e aeroportos e da prevenção nas grandes cidades – que concentram a maior parte da população

e se localizam nas proximidades da faixa litorânea do país –, há uma parte significativa da população espalhada pelo interior do Brasil, no campo, que não conta com esse tipo de barreiras nem com qualquer acesso à informação. Para agravar, o Brasil é rota de aves migratórias e um eventual contágio poderia se dar por aí. Existe algum tipo de prevenção pensada para as áreas rurais do país? Não é um espaço aberto, descoberto pelas barreiras de proteção?

FIO: Sem dúvida, pela dimensão do país, a vigilância de todos os espaços é bastante complicada. O que existe de bem estabelecido é a vigilância das entradas oficiais, de portos, aeroportos, pontos de

controle terrestre. Não tenho conhecimento de medidas específicas visando à detecção de vírus em aves migratórias. O que se sabe em relação à possibilidade de essas aves migratórias virem a infectar criadouros de animais é que, como já foi dito, em razão de nossas criações de aves serem confinadas nas granjas, em criadouros próprios, essa possibilidade parece menos provável; então, fica a questão de aves migratórias virem a contaminar seres humanos diretamente e, com relação a isso, não conheço nenhuma medida específica. Sei, apenas, que o Ministério da Agricultura tem

um plano que deve contemplar principalmente a questão das criações. Não me consta que exista alguma abordagem específica em relação aos animais que migram e que podem ser os vetores dessa doença aqui no país. No entanto, há amplas recomendações de que se notifiquem as autoridades policiais e sanitárias no caso de serem encontradas aves mortas, sem causa definida; de que seja feita a coleta e o envio dessas aves para os laboratórios-sentinela para que se tente fazer o diagnóstico do *Influenza*. Isso é uma recomendação mundial, mas não tenho conhecimento de como esse alerta está sendo transmitido à nossa população rural.

CS: Nessa fase de preparação para fazer frente a uma possível epidemia de *Influenza*, que outros cuidados ainda não abordados devem ser tomados?

FIO: Há uma questão importante a tocar que extrapola a preparação no nível macroscópico, os cuidados em relação ao estado ou ao país como um todo para detectar e, eventualmente, tratar os casos que surjam. Refiro-me à preparação de cada serviço, não só todo o serviço de atendimento hospitalar, mas também o realizado nos laboratórios, ou seja, os trabalhos que envolvem o manuseio de amostras. É de amplo conhecimento que existe um risco muito grande de transmissão dessas infecções para os profissionais de saúde que tratam dos pacientes. Foi possível constatar essa situação, de forma muito clara, há alguns anos, no caso da pneumonia asiática, da síndrome respiratória aguda grave (SARS). À época, parte significativa dos indivíduos que adoeceram e que vieram a morrer era constituída de cuidadores, profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, pessoas do hospital. Assim, em relação ao *Influenza* aviária, surge também essa preocupação de forma marcante; é preciso fazer o diagnóstico adequado de cada indivíduo que chegue ao hospital, mesmo na fase 3. Nem sempre as pessoas estão sensibilizadas, principalmente quando o assunto sai um pouco de foco e passa a ser menos comentado, pois, em razão de não terem a exata dimensão do risco, fazem apenas a

suspeita diagnóstica, e, se não há suspeita, deixam de tomar as precauções adequadas. Então, além dessa preparação para detecção do vírus, de seus subtipos que estão circulando, o importante é que os serviços de saúde estejam bem preparados para proteger também seus profissionais por meio da utilização de equipamentos de proteção individual. Sabemos que esse vírus é transmitido por via respiratória e isso quer dizer que há dois mecanismos básicos de transmissão: as gotículas maiores (de saliva ou secreção respiratória), cuja ação pressupõe proximidade física, uma vez que essas gotículas habitualmente tem alcance de um metro a partir da fonte de emissão – o paciente infectado, e os aerossóis, que são partículas pequenas que podem ser levadas por correntes de ar, por sistemas de ar-condicionado central, além de transmitidas por secreção respiratória. O profissional pode entrar em contato com a secreção eliminada pelo paciente e, acidentalmente, inocular essa secreção na mucosa oral, nasal, ou na ocular, e o vírus penetrar por aí. É importante que os profissionais de saúde que venham a ter contato com esse tipo de paciente – não só o médico, o profissional de enfermagem, mas também aquele que vai fazer a coleta de sangue e o funcionário da limpeza. Por isso, toda a equipe hospitalar deve estar bem orientada em relação ao equipamento de proteção que deve ser utilizado. Sabe-se que o vírus *Influenza* é capaz de resistir por 24 horas e, às vezes, por 48 horas, em determinadas condições. Então, fica o alerta aos profissionais de saúde, aos que já estão trabalhando, àqueles que estão ingressando no mercado e para os que estão estagiando, ainda cursando a universidade: talvez o segredo seja manter um nível elevado de suspeição e tentar, na medida do possível, um diagnóstico etiológico. O diagnóstico diferencial das infecções respiratórias, por seu vasto espectro, é relativamente difícil. Para alguns vírus, existe a possibilidade de realizar diagnósticos simples. Grande parte dos hospitais – não todos – tem possibilidade de fazer esse diagnóstico, de forma relativamente rápida, por intermédio de testes de imunofluorescência indireta, cujo resultado sai em poucas horas, e aí

estabelecer as medidas adequadas de controle, caso se detecte a cepa H5N1. E essa preparação e prevenção têm de ser postas em prática agora, na fase atual, em que o número de prováveis infectados é muito baixo. Isso servirá de preciosa experiência para fases subseqüentes em que o leque

de casos suspeitos se tornará muito mais amplo, e qualquer indivíduo com febre e sintomas de comprometimento respiratório será considerado suspeito de infecção, sujeito às medidas de isolamento e tratamento que, no momento, estiverem em vigor.

Para referenciar este texto

OLIVEIRA JÚNIOR, F. I. de. Gripe aviária: uma doença devastadora. Entrevista. *ConScientiae Saúde*, São Paulo, v. 5, p. 15-23, 2006.



