Gripe suína: estes dias são melhores que os precedentes

> "Everyday I die again and again I reborn, Everyday I have to find the courage to walk out into the streets with arms out…And I'm coming down with some new ... virus, doc says you´re fine or dying…[but] these days are better than that."
>
> Bono, 2009*

Prestei atendimento, em umas das barracas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre para triagem da gripe A, a uma senhora de aproximadamente 50 anos, hipertensa, com história de gripe na semana anterior à consulta, evoluindo nos últimos dois dias com tosse seca e dificuldade para respirar. Não relatava febre, coriza, mialgia, mas havia inapetência. Ao exame físico mostrava-se afebril (36ºC), levemente dispneica, com saturação de oxigênio em ar-ambiente de 98%, estertores crepitantes esparsos em bases pulmonares e pressão arterial igual a 210 X 140 mmHg. Esta senhora referia estar em uso irregular de seus medicamentos antihipertensivos, possuir "coração esquerdo grande" e dizia não estar preocupada com seus níveis pressóricos, mas sim com a possibilidade de ter contraído a "gripe do porco". Obviamente havia outro motivo pelo qual ela precisava de atendimento, e assim fiz o encaminhamento para a emergência. Isso deixou a senhora um pouco decepcionada, porque, na verdade, ela tinha procurado atendimento na esperança de conseguir uma receita de medicação contra a nova gripe – "com a pressão descontrolada ela já estava acostumada"! Naquele dia foram 12 atendimentos e 5 suspeitas fundadas.

Essas circunstâncias me fizeram refletir sobre o papel do médico no contexto de uma pandemia tão ferozmente veiculada pelos diversos meios de comunicação. Qual é mesmo a diferença entre a influenza sazonal, tão comum no nosso inverno quase europeu, e a influenza A H1N1 2009? Como estamos esclarecendo e orientando nossos pacientes? Como identificar a difícil linha divisória entre o descaso e o exagero?

A gripe, de uma maneira geral, é uma doença respiratória contagiosa causada por vírus influenza, de espectro clínico muito variado, sendo em alguns casos responsável por mortes. Dados do Center for Disease Control (CDC) mostram que, a cada ano, 5-20% da população americana contrai gripe, sendo que cerca de 200 mil pessoas são hospitalizadas devido a complicações e aproximadamente 30 mil falecem por esta causa (1). As complicações incluem pneumonia bacteriana, otites, sinusites, desidratação e descompensação de doenças crônicas (1).

Um novo vírus influenza A humano originário de uma cepa suína emergiu no México e Estados Unidos entre os meses de março e abril de 2009 e em aproximadamente um mês o vírus se disseminou globalmente, fazendo com que a Organização Mundial de Saúde (OMS) elevasse o nível de alerta pandênico da gripe suína das fases 3 para 4 e rapidamente para as fases 5 e 6 (2).

Os sinais e sintomas são muito similares àqueles da influenza sazonal, mas no que se refere às complicações nas diferentes faixas etárias parece haver uma evidente diferença. Enquanto na influenza sazonal as maiores incidências de complicações e mortes ocorrem nos indivíduos adultos maiores de 65 anos, para a influenza A H1N1, estas ocorrem mais comumente entre as idades de 18 e 49 anos (3). Os demais fatores de risco para gravidade da infecção são também semelhantes àqueles relatados para casos de influenza sazonal: doença crônica prévia, neoplasia e imunossupressão (3). As gestantes parecem se configurar em grupo de risco especial: há relatos de maior incidência de hospitalizações nestas pacientes do que na população geral (4). As crianças menores de 5 anos parecem também estar em maior risco de complicações pelo vírus influenza H1N1 (5).

Desde os primeiros casos descritos no México, na cidade de La Gloria, Vera Cruz, surtos na comunidade têm sido descritos especialmente em aglomerados, mas a real epidemiologia da influenza A H1N1 ainda está sob investigação e pode se modificar à medida que a transmissão continua (3, 6).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde (julho/2009) apontam para 543 casos confirmados de síndrome respiratória aguda gripal pelo novo vírus. Houve 57 óbitos (10%), o que corresponde a uma taxa de mortalidade de 0,029/

* Todos os dias eu morro mais uma vez e renasço novamente. Todos os dias eu tenho que buscar coragem para sair às ruas havendo armas lá fora... Eu estou desmoronando frente a um novo vírus. O médico ora diz você está bem, ora diz você está morrendo [mas] estes dias são melhores que os anteriores.

05-editorial.pmd 219 28/9/2009, 13:25

100.000 habitantes (7). O Rio Grande do Sul contribuiu com 34% dos casos, sendo o segundo estado mais acometido. Dentre os fatores de risco destacaram-se as doenças respiratórias crônicas e a gestação (7).

No que se refere à prevenção e ao controle, medidas de higiene e drogas antivirais estão disponíveis. Essas medidas estão revisadas em duas publicações nesta edição: "Influenza A (H1N1): posicionamento e recomendações das entidades médicas do RS" e "Orientações terapêuticas para influenza A da associação gaúcha de profissionais em controle de infecção hospitalar". A primeira se refere às atuais recomendações do Ministério de Saúde sobre o manejo clínico e epidemiológico da infecção e o segundo fornece orientações terapêuticas sobre a mesma, finalizando o texto com uma breve discussão sobre aspectos da profilaxia.

O que traz tanta preocupação e dispensa tanta atenção? Deixando de lado questões econômicas e políticas, provavelmente as precedentes experiências com conhecidas pandemias: a gripe espanhola (1918-1919: vírus H1N1), a gripe asiática (1957: vírus H2N2), a gripe de Hong-Kong (1968: vírus H3N2) e a gripe russa (1977: vírus H1N1). A gripe espanhola foi responsável por 50 milhões de mortes no mundo, permanecendo como a mais grave pandemia por influenza já descrita (4). Para esses três surtos muito próximos foram descritos: primavera e outono de 1918 e 1919, havendo significativo aumento de mortalidade nos dois últimos: aproximadamente 2,5% *versus* 0,1% da mortalidade registrada para a influenza sazonal no mesmo período (4). A infecção era restrita ao aparelho respiratório e grande parte dos pacientes veio a falecer tanto por pneumonia bacteriana quanto por pneumonia viral. A mortalidade por agentes bacterianos foi atribuída à falta de antibióticos efetivos na época (4). Acredita-se que o vírus da gripe espanhola tenha mutado para uma forma mais virulenta muito rapidamente (4, 6). Há muitas semelhanças entre a pandemia de 1918 e esta de 2009 (2). Assim, a monitorização cuidadosa é realmente de importância crítica para que se detectem variantes mais virulentas e possam se determinar fatores de patogenicidade e transmissibilidade.

Também há diferenças a serem consideradas. Hoje, em pleno século XXI, estamos frente à maior pandemia de influenza desde 1977, mas também frente à primeira pandemia a se beneficiar da biotecnologia. Dentro de dias do relato inicial do vírus, pesquisadores sequenciaram o seu genoma e postaram a sua sequência na internet, filogeneticistas identificaram a complexa origem do vírus e em semanas foi iniciada a produção de uma vacina monovalente com dispensação prevista nos Estados Unidos para outubro próximo (2, 3). O agente etiológico da gripe espanhola, por exemplo, só foi conhecido 13 anos após o surto de 1918 (2).

Nós, médicos, mais do que qualquer outra classe, temos a obrigação de esclarecer a população sobre a morbi-mortalidade da infecção H1N1 2009, calcados em dados cientificamente disponíveis, mas também devemos esclarecer os fatos, reforçar os cuidados, desfazer os mitos e, sobretudo, informar os métodos de prevenção, controle e tratamento. A nova gripe não é mais importante do que outra morbidade, incluindo a desnutrição, a violência infantil, o alcoolismo, o diabetes, que no momento estão fora da mídia.

A hipertensão arterial daquela senhora necessita de tanta atenção e cuidado quanto qualquer paciente de risco com suspeita de gripe suína, e ela deveria saber previamente disso, como também deveria ser tranquilizada sobre o fato de que hoje temos melhores condições de lidar com a situação H1N1.

SANDRA MARIA GONÇALVES VIEIRA
Editora Associada

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Center for Disease Control and Prevention – Seasonal Influenza (Flu). http://www.cdc.gov/flu/about/disease/index.htm. Acesso: 09/09/2009.
2. Hensley SE, Yewdell JW. Que será, será: evolution of the swine H1N1 influenza A vírus. Expert Rev Anti Infect Ther 2009; 7(7):763-768.
3. National center for Immunization and Respiratory Disease, CDC. Use of influenza A (H1N1) 2009 Monovalent Vaccine. MMWR 2009; 58(RR10):1-8.
4. Jamieson DJ,Honein MA, Rasmussen AS ET AL. H1N1 2009 influenza vírus infection during pregnancy in the USA. Lancet 2009; 374:451-458.
5. Shannon S, Rico E, Hernandez R et al. Surveillance for pediatric deaths associated with pandemic influenza A (H1N1) virus infection states, april-august 2009. MMWR 2009; 58(34):941-947.
6. Neumann G, Noda T, Kawaoka Y. Emergence and pandemic potential of swine-orign H1N1 influenza virus. Nature 2009; 459:931-939.
7. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_influenza_. Acesso 09/09/2009.

05-editorial.pmd 220 28/9/2009, 13:25