

EBOLA, UMA AMEAÇA REAL PARA O BRASIL?

ANASTÁCIO DE QUEIROZ SOUSA, MD

Médico Infectologista e Professor do Departamento de Medicina Clínica e do Departamento de Patologia,
Universidade Federal do Ceará. Membro Honorário da Sociedade Americana de Medicina Tropical
Presidente do CONASS 1999-2000

O Ebola foi e tem sido até o momento uma doença restrita ao continente africano.^{1,2} Descrita inicialmente em 1976, época em que ocorreram epidemias no Sudão e no Zaire (hoje República Democrática do Congo, RDC), nesses 38 anos desde a descrição inicial da doença, muitas epidemias ocorreram. As últimas foram registradas em 2007 em Uganda e na RDC. Após quase 7 anos sem registro da doença, está ocorrendo mais uma epidemia, dessa vez em três países da África Ocidental: Guiné, Serra Leoa e Libéria. Desses países, a doença já foi exportada para a Nigéria e para o Senegal. A situação na Guiné, em Serra Leoa e na Libéria é gravíssima por várias razões, uma delas é que esses países são considerados os mais pobres da África e todos saíram recentemente de guerras civis.³

* Este artigo
espelha
reflexões
geradas
pelo projeto
Proadi SUS
Plano Diretor
de Hospitais
do Brasil:
estratégias para
a elaboração de
suas bases
.....

A situação de precariedade do sistema de saúde, o baixíssimo nível educacional e as péssimas condições de vida da população fizeram que uma doença que se iniciou em dezembro de 2013 na Guiné avançasse para a Libéria e para a Serra Leoa e somente em março de 2014, após três meses de disseminação, foi reconhecida como Ebola.⁴

Devido ao avanço para muitas comunidades em muitas cidades dos três países, devido à falta de infraestrutura que permita oferecer atendimento com mínima qualidade, devido à falta de profissionais e em virtude da falta de material, o controle da doença demorará ainda muitos meses, mesmo com ajuda internacional. A situação é gravíssima.

Até o dia 7 de setembro de 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) registrara 4.366 casos de Ebola com 2.218 mortes.

O vírus que causa a doença recebeu o nome de Ebola por causa do rio do mesmo nome no norte da RDC, um afluente do rio Congo. Este rio passa por Yambuku, área onde ocorreram os primeiros casos da doença em 1976. O vírus Ebola pertence à família filoviridae e até o momento foram identificadas cinco espécies do vírus, sendo que apenas quatro es-

pécies causam doença no homem (Zaire ebolavirus, Sudan ebolavirus, Côte d'Ivoire ebolavirus e Bundibugyo ebolavirus). Uma quinta espécie de Ebola é o Reston ebolavirus, que foi identificado em 1989, na cidade de Reston, no estado da Virgínia nos Estados Unidos da América (EUA) em macacos cynomolgus importados das Filipinas, que estavam em quarentena e morreram.^{2,5} Uma investigação mostrou que seis pessoas se infectaram, mas nenhuma delas apresentou sintoma algum. Acredita-se que o reservatório do vírus seja um morcego frutífero e pelo menos três espécies desses morcegos (*Hypsignathus monstrosus*, *Epomops franqueti* e *Myonycteris torquata*) foram identificadas com evidência de infecção pelo vírus Ebola.⁶

O período de incubação da doença varia de dois dias até três semanas após a exposição a secreções, sangue ou tecidos de indivíduos ou animais doentes. A doença não se transmite por via respiratória, isto é, tem de haver contato da pele e ou mucosas com secreções e(ou) com sangue ou tecido de indivíduo doente para haver contaminação. Então, por que tantos profissionais de saúde principalmente enfermeiras e médicos contraíram a doença e morreram? A única expli-

cação é a falta de equipamento de proteção individual. Faltam luvas, faltam máscaras, faltam aventais, falta tudo e, desse modo, as pessoas não podem se proteger, se expõem e se contaminam. Reconhecer ou suspeitar de um caso de Ebola fora de um período epidêmico é difícil, porque os sintomas são semelhantes aos de outras doenças endêmicas que ocorrem na África. Por outro lado, toda doença febril grave com hemorragia ou com vômitos e diarreia, especialmente se ocorrer morte, deve-se investigar a possibilidade de Ebola e tomar todas as precauções para evitar a transmissão.³ A doença causada por um dos quatro vírus tem, em geral, as mesmas características daquela causada pelas outras espécies de ebola, no entanto a doença causada pelo Zaire ebolavirus apresenta letalidade mais alta. A quantidade de vírus circulando no organismo humano doente (viremia) é muito grande. Esse fato foi constatado quando foi realizada microscopia eletrônica de tecido (por exemplo, fígado) de pessoas que morreram da doença ou de macacos doentes, que desenvolvem doença semelhante à doença humana. Essa alta viremia e a grande agressividade (patogenicidade) do vírus explicam porque as pessoas que não adotam as precauções recomendadas se contaminam.

O diagnóstico do ebola é baseado na identificação de anticorpos, por meio de sorologia (IgG e IgM) ou identificação do vírus por meio de PCR (reação de polimerase em cadeia) ou o isolamento viral por meio de cultura. Pode-se utilizar, ainda, a imuno-histoquímica e a microscopia eletrônica, a depender da situação específica (geralmente em exames post *mortem*). O método mais utilizado na epidemia atual é PCR, que permite diagnóstico rápido e de certeza.

O tratamento do Ebola consiste em medidas de suporte, manutenção do equilíbrio

hidroeletrolítico, por meio da infusão de soro e de eletrólitos, uso de oxigênio quando necessário e tratamento das infecções secundárias com antibióticos.³ Na atual epidemia, foi utilizado pela primeira vez um tratamento experimental que consiste no uso de anticorpos monoclonais específicos que atuam neutralizando o vírus ebola e, desse modo, interrompendo o processo patogênico e levando à cura especialmente nos casos não tão avançados da doença.⁷ O uso desses anticorpos monoclonais foi utilizado inicialmente em macacos *cynomolgus* que desenvolvem uma doença muito semelhante à doença humana. Nos estudos realizados com esses animais, ficou demonstrado que, quando o tratamento é iniciado bem no começo da infecção, as chances de cura são de quase 100%, no entanto as chances se reduzem se o tratamento é iniciado em uma fase muito avançada da doença.⁸

A prevenção no momento atual deve ser feita com medidas de proteção individual, evitando-se o contato com secreções e sangue de pessoas doentes. Mas essas medidas devem estar associadas à identificação de todos os doentes e de seus contactantes, para que possam ser tratados e isolados, quebrando-se, assim, a cadeia de transmissão da doença.⁶

A vacina para a prevenção do ebola

No 2 de setembro de 2014, o Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infecciosas, do Instituto Nacional de Saúde dos EUA, iniciou um ensaio clínico para avaliar uma vacina humana para o vírus ebola. Vacina semelhante foi utilizada em macacos com resultados muito promissores, o que demonstrou que os animais vacinados após serem desafiados com vírus ebola não adoeceram. Espera-se que este estudo inicial permita a utilização da vacina ainda na epidemia atual que se desenvolve na África ocidental.

O Brasil deve preocupar-se com o Ebola? O Ebola é uma doença extremamente grave e transmissível. Com o grande número de viagens internacionais, há a possibilidade de que pessoas no período de incubação da doença cheguem ao Brasil e aqui adoeçam. Essa é uma possibilidade remota, remotíssima, mas é real.

Poderá o Ebola ser um problema grave de saúde pública no Brasil? A resposta para esta pergunta é não. Sabemos que caso alguém chegue com a doença poderá até contaminar outra ou outras pessoas, mas não se tornará um problema grave. Sabemos como a doença se transmite e temos todas as condições de trabalhar de tal modo que nenhum profissional se contamine e, em consequência, venha a adoecer. Por outro lado, somente uma vigilância permanente de todos os profissionais e da população e o apoio das autoridades sobre todos os aspectos poderão evitar casos autôctones do vírus Ebola em brasileiros.^{9,10} ■

Referências

1. Ebola virus disease (EVD). Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/csr/don/archive/disease/ebola/en>.
2. CDC. Ebola Hemorrhagic Fever Information Packet. Disponível em: <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/pdf/fact-sheet.pdf>
3. Fauci AS. Ebola: underscoring the Global Disparities in Health Care Resources. *N Engl J Med*. 2014 August 13. DOI: 10.1056/NEJMp1409494.
4. Baize et al. Emergence of Zaire Ebola Virus Disease in Guinea: preliminary report. *N Engl J Med*. 2014 Apr 16. DOI: 10.1056/NEJMoa1404505.
5. Dalgard et al. Ebola virus infection in imported primates, Virginia, 1989. Morbidity and Mortality Weekly Report. 1989; 38(48):831-2.
6. Leroy et al. Fruit bats as reservoirs of Ebola virus. *Nature*. 2005; 438:575-6. DOI: 10.1038/438575a.
7. Podolsky SH. Serotherapy: back to the future. *Ann Intern Med*. 2014 Aug 12. DOI: 10.7326/M14-1810.
8. Feldmann et al. Ebola virus: from discovery to vaccine. *Nat Rev Immunol*. 2003; 3(8):677-85.
9. Frieden et al. Ebola 2014 – New Challenges, New Global Response and Responsibility. *N Engl J Med*. 2014 Aug 20. DOI: 10.1056/NEJMp1409903.
10. Briand et al. The international ebola emergency. *N Engl J Med*. 2014 August 20. DOI: 10.1056/NEJMp1409858.