

A convergência de um vírus, mosquitos e viagem humana na globalização da epidemia de Zika.

Abstract

O vírus Zika foi identificado pela primeira vez em 1947 na Floresta Zika de Uganda. Descobriu-se em um macaco rhesus, que tinha sido colocado numa gaiola sobre uma plataforma de sentinela na floresta pelo Vírus Research Institute. Quando este escritor visitou o Instituto e da Floresta Zika em 1961, o trabalho estava em andamento para identificar espécies de mosquitos em vários níveis da copa das árvores. Isso foi feito através da colocação de armadilhas em vários níveis de uma torre de 120 pés de altura de aço que este escritor subiu. Naquela época, os investigadores isolaram 12 estirpes do vírus Zika de armadilhas na torre. Durante os próximos seis décadas, o vírus se espalhou lentamente para outras partes da África, e, eventualmente, apareceu no Sudeste Asiático, transmitida pelo *Aedes aegypti* e de outras espécies de mosquitos *Aedes*. Em 1981, apenas 14 casos de doença haviam sido relatados como devido ao vírus Zika. Como a maioria das infecções com este vírus são ou leve ou assintomática, a sua verdadeira extensão geográfica não foi totalmente apreciado. A actual globalização da epidemia Zika começou na ilha do Pacífico de Yap nos Estados Federados da Polinésia em 2007. Esta foi a primeira presença conhecida do vírus Zika fora da África e Sudeste Asiático. Estima-se que 73% da população da ilha tinham sido infectados. Em 2013, o vírus se espalhou para Polinésia Francesa, onde um número estimado de 28.000 casos ocorreram em uma população de 270.000. Durante esse ano e, depois, microcefalia e outras anomalias congênitas foram observados nos bebês de mulheres que estavam grávidas quando contraiu o vírus. Neste momento, não se sabe se os casos de microcefalia ter resultado de infecção de mulheres grávidas ou de uma infecção mais algum co-factor outra. A epidemia se espalhou rapidamente para as ilhas e Ilha de Páscoa Cook. Em 2015, a infecção pelo vírus Zika foi diagnosticado no Brasil, onde foi associada com microcefalia nos bebês de algumas mulheres que estavam grávidas quando eles contraíram a doença. Os casos de síndrome de Guillain-Barré, também foram encontrados para ser associado com a infecção por vírus Zika. Como a doença entrou no Brasil é uma questão de conjectura. No entanto, a estirpe responsável pela epidemia no Brasil e no resto da América do Sul e Central é filogeneticamente idêntica à que causou a epidemia na Polinésia Francesa. A ampla distribuição de *Aedes aegypti*, a principal vetor do vírus, e outras espécies *Aedes* facilitou consideravelmente a propagação da doença. *Aedes aegypti* é uma espécie invasora de mosquito no Hemisfério Ocidental, que se adaptou aos ambientes urbanos densamente povoadas. Além disso, macho-fêmea transmissão sexual humana tem sido cada vez mais demonstrado em os EUA e em outros lugares. Em fevereiro de 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o atual surto Zika uma emergência de preocupação de saúde pública internacional. Por recomendação do seu Comité de Emergência na Vírus Zika e aumento observado nas Doenças Neurológicas e Neonatais Malformações, a OMS emitiu um grupo de recomendações para conter a epidemia. A globalização do vírus Zika foi possível graças à presença generalizada em várias partes do mundo dos vetores *Aedes* e aumento das viagens humana que facilitou a dispersão geográfica. Esta globalização da Zika seguinte em que a de Nilo Ocidental, Ebola, dengue e Chikungunya. A sua propagação final é difícil de prever, mas, esperamos, será restrito através de medidas preventivas vigorosas.

PALAVRAS-CHAVE:

Aedes aegypti; A síndrome de Guillain-Barré; Kisubi Missão Católica; Microcefalia; Zika Floresta e Pascal James Imperato; vírus Zika; Zika Vírus e viagens; infecção por vírus Zika

PMID: 26969497 [PubMed - como fornecido pela editora]

Partilhar no FacebookPartilhar no TwitterPartilhar no Google+