



Febre reumática

Laudicéa Furtado Fiorito

Pediatra da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Falar sobre febre reumática é como repetir um sempre novo tema. Dizemos isso porque mesmo sendo uma doença conhecida de longa data, antes até da elaboração do “critério de Jones” em 1944¹, surgem novos casos a cada ano, e também ocorre a recaída naqueles pacientes já diagnosticados e orientados corretamente. Fatores sócio-econômico-culturais influenciam sua prevalência e incidência, e neste aspecto destacam-se os países em desenvolvimento, muito embora a doença não seja exclusividade deles².

A febre reumática é uma complicação tardia, não supurativa, de uma infecção do trato respiratório superior pelo *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A de Lancefield. É uma doença multisistêmica, caracterizada pelo envolvimento do coração, articulações, sistema nervoso central, tecido celular subcutâneo e pele. O coração é o único órgão que não é atingido de forma transitória³.

O conhecimento médico sobre a importância do tratamento adequado da infecção estreptocócica de vias aéreas superiores deveria bastar para impedir a instalação do quadro; no entanto, não é o que acontece. O processo infeccioso não é debelado e, aproximadamente três semanas depois surgem as manifestações de febre reumática⁴. Aonde ocorreu a falha? Na falta de segurança para o diagnóstico? Na ausência de tratamento adequado com penicilina? Na desobediência do paciente à prescrição? Na dificuldade do paciente em chegar aos serviços de atendimento médico? Na falta de condições para adquirir o medicamento? Tantos elementos podem estar aqui implicados e é tão simples evitar a doença!

Em nossa experiência, durante o acompanhamento ambulatorial de pacientes portadores de lesão reumática de válvula cardíaca, observamos que a soma de vários fatores se torna responsável pelo insucesso da profilaxia secundária, possibilitando a ocorrência de novos surtos e conseqüentemente a piora da lesão existente ou o acometimento de nova válvula, o que, nas duas situações, torna o prognóstico mais sombrio. Entre esses fatores destaca-se a não aderência do paciente ao tratamento, seja em decorrência da dor causada pela medicação injetável, seja pela negligência do responsável, ou do próprio paciente que já vai desacompanhado à consulta (adolescentes e adultos jovens).

Optamos, naqueles casos com queixa freqüente de pouca tolerância à medicação injetável, pela prescrição de medicação oral diária como medida alternativa (ampicilina ou eritromicina), o que implicará na necessidade de maior observância do paciente ou seu responsável, já que um dia de esquecimento poderá representar o risco de um novo surto. Lidamos, portanto, com poucas alternativas confortáveis para o paciente, e que favoreçam uma adesão completa ao tratamento.

Um outro grave problema existente em nosso meio, relaciona-se aos contactantes de um paciente com infecção estreptocócica de vias aéreas superiores. Habitualmente não verificamos a adoção de medidas profiláticas para esses contactantes, e o risco de desenvolver-se a febre reumática depende, entre outras coisas, de fatores genéticos que tornam um indivíduo mais susceptível do que outro. Torna-se imperioso quebrar o ciclo da doença, inclusive naqueles que não foram levados à consulta médica.

Um outro elemento de grande importância na incidência da febre reumática entre nós é a falta de informação, tantos dos responsáveis e pacientes, quanto do corpo clínico, que atua na área de pediatria, sobre a forma de intervir para impedir que a doença ocorra.

Muitas vezes nos deparamos com falhas diagnósticas decorrentes da não observância do “critério de Jones”, outras vezes percebemos uma precipitação em admitir a existência de febre reumática com base simplesmente na elevação dos títulos de antiestreptolisina O, o que demonstra claramente o desconhecimento de alguns sobre as características do quadro. Se dimensionarmos todos esses dados para um território extenso como o do Brasil, poderemos entender o que eles significam em termos estatísticos; temos, certamente, um número mais elevado de crianças e adolescentes com a doença do que aquele que é informado.

As manifestações de febre reumática variam, em um primeiro episódio, da forma articular que se resolve em pouco tempo de tratamento sem deixar seqüelas, aos quadros de cardite reumática com lesão valvular grave. Estes últimos implicam em riscos ou deixam danos irreversíveis, diminuindo a qualidade de vida e tornando necessário o acompanhamento assíduo, a antibioticoterapia profilática de novos surtos e, em

Recebido: 12.06.2006
Aceite: 20.06.2006

Correspondência:

Laudicéa Furtado Fiorito
Ambulatório de Cardiologia Pediátrica
do Hospital Universitário Antonio Pedro
Universidade Federal Fluminense
Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: gabrielfiorito@globo.com

muitos casos, a intervenção cirúrgica para reparo ou troca da válvula cardíaca comprometida. Essa evolução desencadeará um desequilíbrio na economia familiar, pois implica em gastos extras com idas ao médico, o responsável falta ao trabalho para acompanhar as consultas do paciente, a aquisição de medicamentos poderá não ser gratuita, e, se ocorrer cirurgia, a necessidade da permanência do responsável com o paciente hospitalizado, ocasionando maior tempo de ausência ao serviço, poderá gerar a demissão com a perda do emprego.

Dados sobre febre reumática do Ministério da Saúde, coletados em diversos estados brasileiros durante 1998, referem que ocorreram 10.691 internações cirúrgicas com gastos equivalentes a R\$ 89.854.577,90 (quase 90 milhões de reais) e, 9.909 internações clínicas representaram o gasto de R\$ 19.625.753,10 (aproximadamente 20 milhões de reais), talvez em cifras subestimadas em decorrência das dificuldades diagnósticas e de notificação ⁵.

Os gastos dirigidos para as seqüelas de febre reumática não atingem apenas os pacientes e seus responsáveis, mas toda a sociedade de um país. A literatura nos informa, com dados assustadores, a prevalência da cirurgia cardíaca para reparo ou troca de válvulas com seqüela de febre reumática; só no Brasil são realizadas 8.000 a 10.000 cirurgias em hospitais da rede pública, anualmente, para esse fim ⁶.

Assim, a febre reumática ocorre em populações menos favorecidas e as torna ainda mais pobres! A atenção médica voltada para a importância da profilaxia primária, que significa

tratar oportunamente a infecção de vias aéreas superiores, poderia mudar o perfil da doença. Não se justifica, no século XXI, a existência no mundo de um quadro que para ser evitado bastaria uma injeção de penicilina.

Referências

1. Jones TD. The diagnosis of rheumatic fever. *JAMA* 1944;126:481-4.
2. Kadir IS, Barker TA, Clarke B, Denley H, Grotte GJ. Recurrent Acute Rheumatic Fever: A Forgotten Diagnosis? *Ann Thorac Surg* 2004;78:699-701.
3. Hilário MO, Terreri MT. Rheumatic fever and post-streptococcal arthritis. *Best Practice and Research Clin Rheumatology* 2002;16:481-94.
4. George C, Emmanouilides GC, Allen HD, Riemenschneider TA, Gutgesell HP, Emmanouilides GC. *Moss e Adams - Doenças do Coração na Criança e no Adolescente*. 5ª ed. Rio de Janeiro. Medsi Ed. Médica e Científica, 2000. p 537-56.
5. Kiss MHB. Febre Reumática. In: Marcondes E (ed). *Pediatria Básica*. 9ª Ed. São Paulo: Sarvier, 2003. p791-8.
6. Gonçalves HAT. O programa de prevenção da febre reumática no Brasil. In: Oliveira SK, Azevedo EC (ed). *Reumatologia pediátrica*. 2ª Ed. Rio de Janeiro. Revinter, 2001. p 392-9.

Nota do Editor: A Acta Pediátrica Portuguesa aceita, por razões óbvias, as normas ortográficas portuguesa e brasileira, pelo que todos os manuscritos de autores brasileiros são publicados na sua grafia original.