



Capítulo 5

PERSPECTIVAS EPIDEMIOLÓGICAS E SOCIOECONÔMICAS NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DA FEBRE REUMÁTICA

**PERSPECTIVAS EPIDEMIOLÓGICAS E SOCIOECONÔMICAS NO
DIAGNÓSTICO PRECOCE DA FEBRE REUMÁTICA**

**EPIDEMIOLOGICAL AND SOCIOECONOMIC PERSPECTIVES IN
THE EARLY DIAGNOSIS OF RHEUMATIC FEVER**

Maria Eduarda Serafim Crispim¹

Gabriela Trigueiro Lopes Ramalho

Adrienne Araújo de Sarmiento Queiroga

Nilson Alves Lima Filho

Anna Luiza Ribeiro Coutinho Ummen de Almeida

Elvis Dias Oliveira

Resumo: A febre reumática é uma doença prevalente nos tempos atuais, sobretudo nos países em desenvolvimento. Caracteriza-se por uma infecção pelo *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A, capaz de afetar pacientes geneticamente predispostos. A dificuldade no diagnóstico precoce pela escassez de recursos na saúde pública provoca maiores danos ao paciente. Sua principal manifestação clínica é a cardite reumática, podendo gerar sequelas incapacitantes e de grande impacto para o indivíduo. Atualmente, seu diagnóstico é feito baseado nos Critérios de Jones, estabelecidos em 1992 pela American Heart Association (AHA), e por isto, a importância do médico generalista em conhecer esses critérios a fim de serem estabelecidas recomendações diagnósticas corretas. No presente estudo, os autores realizam uma análise desses critérios para que seja feito o diagnóstico precoce com mais precisão.

¹ Médica pela Faculdade de Medicina Nova Esperança

Palavras-chave: Febre reumática, Critérios de Jones, Cardite, Diagnóstico precoce

Abstract: Rheumatic fever is a prevalent disease nowadays, especially in developing countries. It is characterized by an infection with group A β -hemolytic Streptococcus, capable of affecting genetically predisposed patients. The difficulty in early diagnosis due to the scarcity of resources in public health causes greater harm to the patient. Its main clinical manifestation is rheumatic carditis, which can generate disabling sequelae of great impact for the individual. Currently, its diagnosis is based on the Jones Criteria, established in 1992 by the American Heart Association (AHA), and therefore, the importance of the general practitioner in knowing these criteria in order to establish correct diagnostic recommendations. In the present study, the authors performed an analysis of these criteria in order to make an early diagnosis more accurately.

Keywords: Rheumatic fever, Jones criteria, Carditis, Early diagnosis

INTRODUÇÃO:

A doença reumática é uma complicação tardia não supurativa, de natureza autoimune. É desencadeada pela resposta do hospedeiro suscetível ao *Streptococcus pyogenes* (β -hemolítico do Grupo A de Lancefield), por meio de uma faringoamigdalite. As manifestações clínicas costumam surgir, em média, 15 dias após o quadro infeccioso. Sendo característicos: poliartrite migratória; cardite; coréia de Sydenham, movimentos coreicos involuntários; nódulos subcutâneos, firmes e indolores que medem 0,5 a 2 cm; e eritema marginatum, rash eritematoso maculopapular com bordas avermelhadas e centro claro (Porto, 2017).

É uma doença característica dos países em desenvolvimento. (Mota, 2014) Com isso, é relacionada com a dificuldade para o acesso de assistência em saúde de qualidade. É extrema relevância

que os médicos generalistas atuantes no país conheçam as características clínicas e epidemiológicas da doença reumática. A American Heart Association, em 2015, revisou os critérios de Jones para aumentar a sensibilidade no diagnóstico da febre reumática. Desde então, em países com risco moderado a alto, a poliartrite, monoartrite e poliartralgia preenchem um critério maior. Da mesma forma, artralgia, febre maior que 38°C, VHS maior que 30 mm/h indicam um critério menor.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil tem 10 milhões de casos de faringotonsilite a cada ano, levando a aproximadamente 30.000 casos de febre reumática aguda. Na história natural da doença, a condição se torna crônica, e sua principal sequela é a cardite. Esta é responsável por cerca de um terço das cirurgias cardíacas realizadas no país, tendo importância nas despesas hospitalares (de Figueiredo, 2019). É de enorme interesse em se fazer o diagnóstico precoce da febre reumática, pois uma terapêutica adequada cura a enfermidade, sem deixar qualquer consequência negativa.

O diagnóstico tardio ocorre, muitas vezes, devido ao estetoscópio ser a única ferramenta não invasiva disponível aos médicos em locais remotos de baixo nível socioeconômico, onde a cardiopatia reumática é mais prevalente. A frequência de detecção de alterações através da ausculta cardíaca é usualmente baixa e dependente de fatores como experiência do examinador (Branco, 2016). Com isso, é essencial o bom preparo profissional dos médicos generalistas, em especial dos profissionais do Programa Mais Médicos, sempre baseando-se nos itens dos critérios de Jones e na epidemiologia da doença. Mesmo sendo raros, o eritema marginatum e os nódulos subcutâneos são sinais que não devem ser despercebidos no exame físico. Ainda, alguns sinais são relacionados à cardite, dentre eles o sopro, mesmo sendo difícil de se identificar na ausculta cardíaca. De modo inverso ocorre com artrite, quanto mais intensa, menos provável o dano cardíaco grave. Fazendo jus ao ditado tradicional: “a febre reumática lambe as articulações, mas morde o coração”. A coreia de Sydenham aparece tardiamente, até seis meses após a faringoamigdalite, mas sem relação com sequelas. (Fauci e Longo, 2017)

Nos dias atuais, centros mais especializados fazem uso do ecodopplercardiograma, que é

muito sensível para detectar a regurgitação valvar característica. Percebe-se o dano na fase inicial, permitindo o tratamento precoce e não evolução do quadro para situação mais grave. Todavia, o acesso a tal exame é limitado nas áreas mais carentes do país (Miranda, 2014). Mesmo com os contras, a ausculta cardíaca qualificada é primordial, sempre obedecendo aos princípios da semiologia. Devendo ser realizada em ambiente silencioso, passando sempre o paciente em decúbito lateral esquerdo, posição mais adequada para auscultar fenômenos da área mitral, que é frequentemente afetada pela doença, aplicação correta do receptor, diafragma ou campânula, sobre a pele, livre de artefatos como roupas, e passar por todos os focos de ausculta. (Porto, 2017).

Além disso, o conhecimento da patologia pelo povo é primordial, pois ao realizar a profilaxia primária sempre que a população de risco tenha a faringoamigdalite, é improvável o desenvolvimento da reação autoimune. A Organização Mundial de Saúde, em 2018, emitiu uma resolução que orienta os Estados Membros das regiões endêmicas a tomar oito ações específicas: implementação de um programa nacional de controle de doença reumática; melhorar o diagnóstico e o tratamento da faringite por estreptococos do grupo A; implementar programas secundários de monitoramento de prevenção; garantir um suprimento consistente de penicilina benzatina sem nenhum custo para os pacientes; educar profissionais e o público sobre prevenção da febre reumática; melhorar o acesso aos cuidados terciários para doença reumática grave; abordar determinantes sociais conhecidos; e desenvolver colaboração bilateral, regional e multilateral e mobilização de recursos. Ademais, Secretariado da OMS disponibilizou recursos técnicos estão disponíveis em organizações como a RHD Action (<http://rhdaction.org/>) ou Reach (www.rheach.org) para ajudar os Estados Membros a criar programas abrangentes de controle. Todavia, o Ministério da Saúde falha em apresentar uma estratégia adequada ao quadro. Por exemplo, doenças com despesas equivalentes, como a câncer de mama e de próstata, têm campanhas muito mais significativas. (Longenecker, 2019)

O objetivo do estudo é revisar os achados no exame físico que os médicos generalistas podem utilizar para o diagnóstico da doença reumática, seguindo sempre as regras semiológicas. É

importante ser feito precocemente, assim como sua prevenção. Mesmo sendo muito sensível para o diagnóstico, o Doppler ecocardiograma, não faz parte do cenário atual das populações mais afetadas. Estas, por sua vez, costumam ser o alvo do Programa Mais Médicos, que são destinados a lugares com dificuldade de assistência médica, é imprescindível atenção especial para patologia para tais profissionais principalmente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A Febre Reumática é uma doença inflamatória pós-infecciosa -por *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A de Lancefield- de característica autoimune, que se manifesta de forma tardia em indivíduos predispostos geneticamente (VIEIRA et. al, 2017). Sendo uma patologia multissistêmica, ela pode acometer de forma isolada ou conjunta as articulações, o coração, o Sistema Nervoso Central (SNC), a pele e o tecido subcutâneo (VIEIRA et. al, 2017), sendo assim, requer atenção às características clínicas para que não evolua para as apresentações mais graves da doença.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2016), os critérios de Jones modificados para o diagnóstico de febre reumática, de 1992, é dividido em critérios maiores e menores para culminar no diagnóstico da FR. Correspondem aos critérios maiores: cardite, artrite, coréia de Sydenham, eritema marginado e nódulos subcutâneos. Quanto aos critérios menores, temos: febre, artralgia, elevação dos reagentes de fase aguda (VHS e PCR) e intervalo PR prolongado no ECG. Ainda, para que seja fechado diagnóstico, é necessário que haja a evidência de infecção prévia pelo estreptococo do grupo A, seja por meio de cultura da orofaringe, seja pelo teste rápido para EBGA (*Streptococo* β -hemolítico do grupo A), seja elevação dos títulos de anticorpos antiestreptolisina O (ASLO), assim como a presença de pelo menos dois critérios maiores ou de um maior e dois menores (Arq. Bras. Cardiol., 2009). Em 2015 esses critérios foram revisados pela American Heart Association (AHA), o qual começou a adotar critérios diferenciados de acordo com as populações de Baixo Risco e de Risco Moderado

a Alto. Para evidenciar as revisões que foram feitas pela AHA, fora elaborada a seguinte tabela pela Sociedade Brasileira de Pediatria, publicada em seu site oficial em 2016:

CRITÉRIOS DE JONES MODIFICADOS	CRITÉRIOS DE JONES REVISADOS	
	Populações de Baixo Risco	Populações de Risco Moderado a Alto
CRITÉRIOS MAIORES		
Cardite	Cardite	Cardite
Poliartrite	Poliartrite (somente)	Mono ou Poliartrite ou Poliartralgia
Coréia	Coréia	Coréia
Nódulos subcutâneos	Nódulos subcutâneos	Nódulos subcutâneos
Eritema marginado	Eritema marginado	Eritema marginado
CRITÉRIOS MENORES		
Febre	Febre	Febre
Artralgia	Poliartralgia	Monoartralgia
Provas de atividade inflamatórias elevadas	VHS \geq 60 mm e/ou PCR \geq 3.0 mg/dL	VHS \geq 30 mm e/ou PCR \geq 3.0 mg/dL
Aumento do intervalo PR no ECG	Aumento do intervalo PR no ECG	Aumento do intervalo PR no ECG
EVIDÊNCIAS DE ESTREPTOCOCCIA RECENTE		
Cultura positiva da orofaringe para estreptococo β -hemolítico do grupo A		

Títulos elevados de ASO ou outro anticorpo estreptocócico, teste rápido para antígenos do estreptococo, escarlatina recente

Revision of the Jones Criteria for the diagnosis of rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*; 131(20): 1806-18, 2015 May 19

Ao atender um paciente portador de Febre Reumática, segundo Alves (2007), não existe uma apresentação clínica típica que dê para ser avaliada por meio do exame físico, mas cabe ao profissional médico estar atento às manifestações mais relevantes, de acordo com os critérios de Jones, como a artrite, a cardite, a coréia de Sydenham, o eritema marginatum e os nódulos subcutâneos.

A artrite é considerada a manifestação mais comum, possui evolução autolimitada, que começa a ceder espontaneamente por volta de uma semana, não ultrapassando três semanas, e sem deixar sequelas. Por ser pouco específica, envolve dificuldades diagnósticas, sobretudo quando se apresenta de forma isolada (ALVES, 2007). De acordo com Cruz (2017), pode ser o único critério maior presente, principalmente em adolescentes e adultos, acometendo grandes articulações, sobretudo o joelho e o tornozelo, e, depois, nos membros superiores, os punhos e cotovelos.

É importante saber distinguir a artrite da artralgia para que possa culminar em um possível diagnóstico, no qual a artralgia corresponde apenas a dor e a artrite possui limitação de movimentos (BARBOSA et. al, 2009).

Como manifestação mais grave da FR e que, portanto, requer bastante atenção, temos a cardite; tendo em vista que ela pode trazer sequelas para o paciente e levá-lo ao óbito (CRUZ, 2017). Em mais de 90% dos casos o endocárdio é o folheto mais acometido, podendo desencadear insuficiência mitral que é identificada por meio do exame físico na ausculta como sopro sistólico apical. Ainda, pode ser acompanhado de sopro diastólico basal, como consequência da insuficiência aórtica. Caso o paciente não apresente valvulite, essas manifestações são bastante sugestivas de FR (PEREIRA,

2015).

A Coréia de Sydenham é bem característica e de fácil observação. Apresenta-se como movimentos coreiformes involuntários que podem afetar o rosto e todas as extremidades (RISAVI, 2019). Esses movimentos desordenados ocorrem sobretudo em repouso, e desaparecem com o sono, aumentando com estresse e fadiga. Ainda, podem ser uni ou bilaterais e são somadas à fraqueza muscular e labilidade emocional (ALVES, 2007). O paciente chega com queixas de tropeços ao deambular, fala arrastada ou “enrolada”, deixar cair ou jogar objetos (PEREIRA, 2015).

Os nódulos subcutâneos (NS) surgem em períodos variados, podendo ser na primeira semana ou mais; apresentam, normalmente, característica redonda, firme e indolor, sobretudo em superfícies extensoras como cotovelos, joelhos, pulsos e região occipital. Seu tamanho pode ser de 0,2 a 0,5 cm, apresentando-se de maneira isolada ou diversas no mesmo lugar. NS não são tão comuns e a sua presença está muito associada a pacientes com cardite grave (CRUZ, 2017). Também fortemente associado à cardite, temos o eritema marginatum, que é caracterizado por ser uma lesão macular com halo hiperemiado e de centro opaco, não pruriginoso e que não acomete a face (PEREIRA, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, diante desse trabalho, a febre reumática deve ser considerada uma importante patologia causada pelo *Streptococcus pyogenes*, principalmente pelos médicos generalista, visto que é uma doença capaz de acometer de forma isolada ou em conjunto as articulações, o sistema nervoso central, o coração, a pele e o tecido subcutâneo, podendo promover graves sequelas se não tratadas precocemente. Diante disso, a doença reumática é capaz de acarretar um elevado custo para saúde

pública e uma baixa qualidade de vida para a população.

No contexto do Brasil, a febre reumática ganha um destaque principal visto que em países em desenvolvimento, onde há dificuldade para o acesso e na qualidade da assistência em saúde, que há um elevado número de casos de faringotonsilites e diante do diagnóstico e tratamento tardio podem evoluir para a doença reumática.

Ademais, foi ressaltado que para evitar o desenvolvimento da doença reumática é de extrema importância a profilaxia primária na população de risco para faringoamigdalites. Diante desse fato, a OMS em 2018 emitiu uma resolução que orienta através de 8 medidas as regiões de risco, essas medidas estão relacionadas ao controle da doença reumática, melhorar o diagnóstico, prevenção e tratamento das faringoamigdalites, melhorar a prevenção secundária e acesso aos pacientes já com a doença em atividade, para que assim haja redução nos números de pacientes com sequelas.

Nos casos da doença já instalada é visto que para reduzir as sequelas é de extrema importância o diagnóstico precoce, sendo principalmente realizados pela utilização dos Critérios de Jones modificados de 1992, observados através de um exame físico bem criterioso avaliando as possíveis manifestações dermatológicas, articulares, cardíacas e/ou no sistema nervoso central e utilização de exames complementares como: VHS, PCR, ECG e evidências de estreptocócica. Para assim poder realizar o tratamento adequado e prevenir graves sequelas.

REFERÊNCIAS:

ALVES, Viviane de A. J. Febre reumática com enfoque em doença cardíaca reumática. Relato de um paciente acompanhado no Hospital Regional da Asa Sul – DF. 2007. 63 f. Dissertação (Especialista em Pediatria) - Secretaria de Estado do Governo do Distrito Federal, Hospital Regional da Asa Sul,

2007

BARBOSA, Paulo José Bastos; MÜLLE, Regina Elizabeth. Diretrizes Brasileiras para diagnóstico, tratamento e prevenção da febre reumática. *Arq Bras Cardiol*, v. 93, n. Suppl 4, p. 127-47, 2009.

Diretrizes brasileiras para o diagnóstico, tratamento e prevenção da febre reumática. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo , v. 93, n. 3, supl. 4, p. 3-18, Sept. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009002100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2009002100001>.

VIEIRA, Poliane S. da Silva; PEREIRA, Alexsandra Lúcia; COSTA, Daniela Camargos. Caracterização e Discussão de um Relato de Caso de Febre Reumática. *Revista Científica de Saúde do Centro Universitário de Belo Horizonte*. 2017 e-Scientia. ISSN: 1984-7688.

PEREIRA, Breno Álvares de Faria; BELO, Alinne Rodrigues; SILVA, Nilzio Antônio da. Febre reumática: atualização dos critérios de Jones à luz da revisão da American Heart Association - 2015. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo , v. 57, n. 4, p. 364-368, Aug. 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042017000400364&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2017.03.001>.

RISAVI et. al. Sydenham's Chorea. *The Journal of Emergency Medicine*, 2019. *Clinical Communications: Pediatric*. Vol 56, ISSUE 6, E119-E121. Junho 2019.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Novos critérios para diagnóstico de Febre Reumática. 2016 Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2012/12/Novos-critrios-para-Febre>

-Reumtica-Site-003.pdf> . Acesso em: 19 Nov. 2020.