

PERSPECTIVAS DA DOENÇA REUMATISMAL NO RIO GRANDE DO SUL

ISEU GUS *

As doenças estão sendo cada vez mais avaliadas pelo grau de incapacidade que produzem, e não só pela mortalidade. As lesões valvares de origem reumática, mitral e/ou aórtica são altamente incapacitantes, impondo ao paciente um limitado padrão de vida.

São lesões que, uma vez instaladas, não regredem. O tratamento medicamentoso atual restringe-se às manifestações fisiopatológicas; portanto, não há como agir clinicamente nas alterações estruturais ocorridas nos aparelhos valvares quando atingidos pela febre reumática (FIZ). Mas, por outro lado, é uma das poucas doenças do sistema cardiovascular em que podemos agir profilaticamente: 1) antes que surja a FR; 2) antes que surja a doença valvar, apesar da FR.

Conhecemos todo o caminho de uma doença reumática (DR) e como combatê-la: infecções das vias aéreas superiores pelo estreptococo β - hemolítico em indivíduos sensíveis, seguida de manifestações de FR e, após, o aparecimento de lesões estruturais do aparelho valvar.

A Organização Panamericana de Saúde (OPS), com a colaboração do Comitê Panamericano de Estudo e Prevenção da Febre Reumática, organizou em 1975, um programa com a participação da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Equador e Peru. Desse programa surgiram algumas definições que muito deverão auxiliar na profilaxia e erradicação da FR. Todavia, nesses países, continua muito grande a incidência de DR ou da cardiopatia reumática crônica (CRC) (lesões valvares). Na linha de raciocínio traçada pela OPS, iremos ver quais as perspectivas da DR no nosso meio.

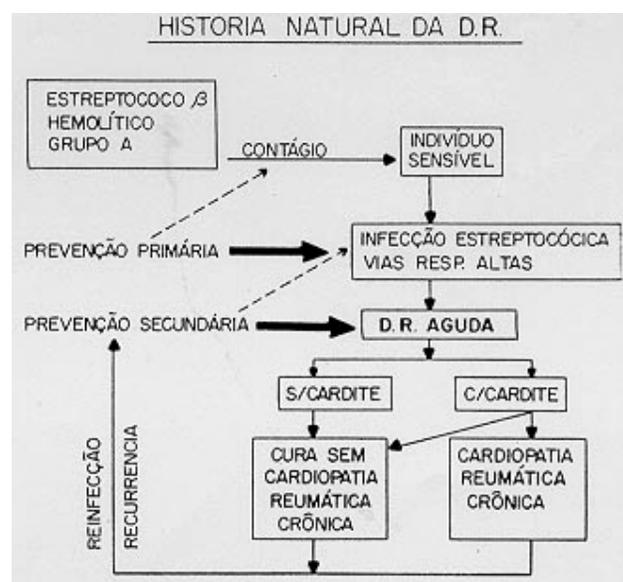
População alvo da doença reumática e da cardiopatia reumática crônica

Na história natural da DR, sabe-se que uma infecção estreptocócica das vias aéreas superiores necessita um indivíduo sensível ao estreptococo o hemolítico do grupo A (quadro 1). E essa população sensível encontra-se entre crianças de 5 a 15 anos, seja em ambiente domiciliar, seja em ambiente escolar. O tratamento dessa infecção constitui a profilaxia primária. Começa aí a dificuldade de um efetivo

“cerco” à DR, pois no Rio Grande do Sul (RS) existem 1.648.922 crianças nessa faixa etária *. A OPS, em sua publicação de 1980, ratificada em 1983, afirma que se deve considerar que toda criança na faixa entre 5 e 15 anos fará, pelo menos uma vez ao ano, infecção das vias aéreas superiores e que 20% serão pelo estreptococo β -hemolítico do grupo A (quadro II). Isto significa que das 1.600.000 (em números redondos) crianças no RS, cerca de 320000 terão infecção das vias aéreas superiores pelo estreptococo β -hemolítico. Logo, uma profilaxia primária efetiva deveria ser feita nestas 320000 crianças.

Ademais, na prática, a identificação do agente causador da infecção não é feita através de exame laboratorial do exsudato e sim pelo quadro clínico (quadro III). Aqui já temos uma primeira grande lacuna na profilaxia. Se quisermos, realmente, tratar o estreptococo β -hemolítico, teremos que fazer a profilaxia nas 1.600.000 crianças, o que torna impraticável o tratamento profilático.

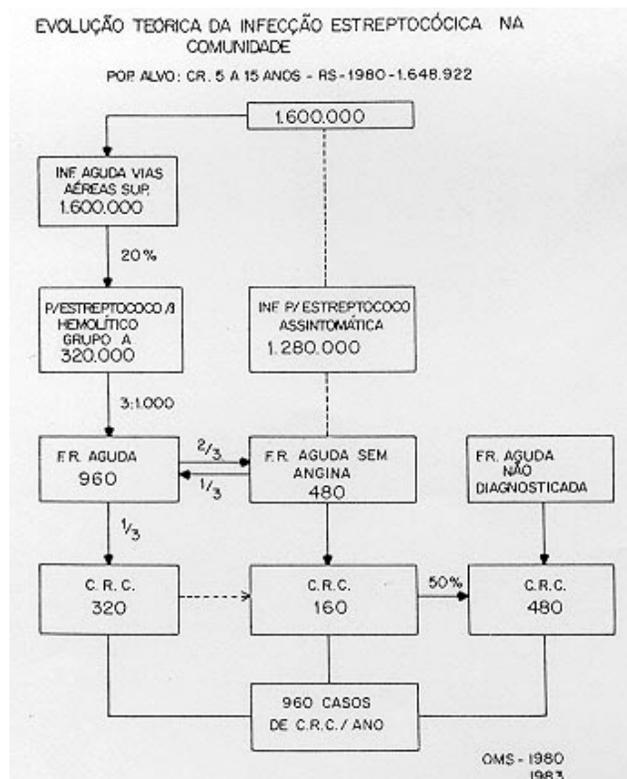
QUADRO I



* IBGE fornece população entre 5 e 14 anos.

* Cardiologista do Instituto de Cardiologia, do Rio Grande do Sul, Fundação Universitária de Cardiologia.

QUADRO II



QUADRO III - Infecção estreptocócica do trato respiratório superior.

- Temperatura de 38°C ou mais, início recente e súbito
- Adenopatia cervical
- Dor de garganta
- Hiperemia do faringe
- Presença de exsudato
- Petequias no palato
- Escoriações nas bordas das narinas
- Elementos que tornam duvidoso o diagnóstico: conjuntivite, coriza, rouquidão, tosse.

Na mesma linha de raciocínio, baseada nas conclusões da OPS, para cada 1.000 crianças com infecção pelo estreptococo, três terão PR aguda (FRA); isto, no RS, representa 960 crianças. Nesse momento, FRA com o tratamento, iniciamos a profilaxia secundária (quadro 1). Mesmo assim, 1/3 destas 960 crianças, ou seja, 320 terão FRC, ou seja, lesão do aparelho valvar (quadro. II). ..Mas o trabalho da OPS vai mais longe: afirma, que 1/3 dos casos de FRA não apresentam história de angina, ou seja, foram assintomáticos quanto à infecção pelo estreptococo. Essa afirmação representa mais 160 casos. Ainda mais: 50% das CRC não apresentam história de FRA. Se no RS os casos de história de FRA são 480, se encontrarão outros 480 casos de CRC sem história de FRA. Isso perfaz 960 casos anuais de CRC, num total de 1.600.00,0 crianças.

Perspectivas da Doença Reumática no RS

Atingindo o aparelho valvar, as limitações se iniciam no portador de CRC. Elas são progressivas, com diminuição cada vez mais importantes das atividades. E, se as afirmações da OPS forem reais, teremos 960 casos anuais de CRC no RS, ou seja, quase 3 casos novos por dia.

Procuramos confirmar esses dados. No Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC/FUC), através do Serviço de Arquivo Médico, fizemos um levantamento de 1973 a 1982 (quadro IV). Revisamos prontuários, quer para tratamento ambulatorial, quer para tratamento hospitalar, que tivessem diagnóstico de lesão valvar. Nas lesões mitraes incluímos a estenose mitral, a insuficiência mitral e a dupla lesão mitral; nas lesões aórticas, os casos de insuficiência aórtica e a dupla lesão aórtica. Sabemos das restrições na etiologia das insuficiências mitral e aórtica, mas que ficam talvez, parcialmente compensadas, pela não inclusão das lesões plurivalvares, ou seja, mitroaórticos e mitro-aórtico-tricúspideos.

QUADRO IV - Incidência de lesão valvar no IC/FUC, no período de 1973 a 1982.

Ano	Lesão mitral			Lesão aórtica		Totais
	EM	IM	DLM	I Ao	DL Ao	
1973	73	33	32	29	29	196
1974 I	68	18	15	47	38	186
M975	39	11	12	51	30	143
n976	75	25	58	72	58	288
1977	87	25	26	78	27	243
1978	29	13	36	55	21	154
n979	101	24	58	86	48	317
1980	49	18	31	41	24	163
1981	65	31	31	59	31	217
1982	98	37	37	35	41	248
						2.155

EM = estenose Mitral; IM = insuficiência mitral; DLM = dupla lesão mitral; I Ao = Insuficiência aórtica; DL Ao = dupla lesão aórtica.

O levantamento mostra um total de 2.155 casos de lesões valvares em 10 anos, ou seja, 215,5 casos por ano. Se a OPS prevê 960 casos para o RS, os casos no IC/FUC representam 22,5%. Se levarmos em conta que, em Porto Alegre, existem mais quatro centros que recebem esse tipo de pacientes e que no interior do RS existem mais seis Faculdades de Medicina, o número de 960 casos, teoricamente levantado pela OPS, se torna muito provavelmente real. Outra conclusão que tiramos do quadro IV é que não houve diminuição de casos de CRC nos 10 anos analisados, no RS.

Se os casos de CRC não estão diminuindo, é porque a profilaxia não está sendo bem feita. Poderse-ia argumentar que talvez a profilaxia indicada não seja a correta, mas sabemos que, em países que adotaram o mesmo esquema, como o México, houve importante diminuição da CRC.

Parece evidente que a profilaxia primária é . a que deva ser mais bem manipulada e incentivada. Para tanto, é necessário montar uma estrutura que possibilite identificar o estreptococo b-hemolítico nas infecções do trato respiratório superior, junto às populações alvo da FR. Não é necessário levantamentos contábeis para se saber que o custo da cirurgia cardíaca é bem mais elevado que qualquer bem montada estrutura clínico-laboratorial para profilaxia primária da FR. Sabemos que este é o caminho que a Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do RS está procurando, mas deve ser agilizado, dando melhor

divulgação por parte da Secretaria e maior apoio por parte dos organismos médicos.

REFERÊNCIAS

1. Prevención y Control de la Fiebre Reumática en la Comunidad. 1980. Publicación Científica n.º 399. Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana - Oficina Regional de la OMS.
2. Prevención de la Fiebre Reumática. Versión preliminar del Informe Final del Estudio colaborativo. Washington, D.C, 6 de junio de 1983. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la OMS.
3. Décourt, L. V. - Doença Reumática, Sarvier, São Paulo 2ed., 1972. vol. 1.