

Febre Reumática. Epidemiologia e Prevenção

Renato Pedro de Almeida Torres

A cardiopatia reumática continua sendo um problema de saúde pública de países em desenvolvimento, causando morbidade e mortalidade em crianças e adultos. Recentes publicações nesses países têm documentado alta taxa de incidência da febre reumática (FR), como 206/100.000 habitantes, e alta taxa de prevalência de cardiopatia reumática (CR), como 18,6/1.000 em crianças de idade escolar¹⁻⁶. Ao contrário, em países desenvolvidos, a incidência da FR é extremamente baixa. Na Dinamarca estima-se uma incidência anual de FR aguda de 0,3/100.000 habitantes⁷.

A alta frequência da CR em países em desenvolvimento necessita medidas agressivas de prevenção e controle, como redução de exposição ao estreptococo do grupo A, profilaxia primária para prevenção inicial de um surto de FR, e profilaxia secundária para prevenir surtos recorrentes de FR. Estas medidas simples de prevenção e controle devem ser sempre lembradas, pois o seu custo é insignificante para um grande benefício no combate desta doença incapacitante.

As taxas estimadas para a FR no Brasil advêm das informações de experiências locais, como programas de profilaxia do Rio Grande do Sul (RS) e do Paraná (PR) e de dados gerais estimados para a América Latina, consolidados no Estudo Cooperativo da OPS. Dados de mortalidade, custos hospitalares e benefícios atribuíveis à doença reumática são disponíveis através do CIS e DATAPREV, apresentam distorções significativas.

No Brasil presume-se que a população alvo (5 - 14 anos) tenha uma infecção orofaríngea/ano, das quais 20% são de origem estreptocócica. Em condições não epidêmicas 0,3% das anginas estreptocócicas fazem episódios de febre reumática aguda (FRA) e 1/3 dessas evoluem para lesões valvares crônicas. Para a população brasileira na faixa etária de maior risco (população alvo), teríamos incidências aproximadas de 6 milhões de anginas estreptocócicas/ano, 18 mil episódios de FRA/ano, 6 mil novos casos de cardiopatia reumática crônica (CRC)/ano. (Dados não ajustados para anginas estreptocócicas tratadas e mudanças da susceptibilidade por recorrência e epidemias).

Cabe lembrar que a incidência da FRA por angina estreptocócica em situações epidêmicas pode aumentar 10 vezes. A inexistência de um sistema de vigilância epidemiológica não permite determinar pontos de corte para caracterizar as epidemias. A falta de vigilância para o aparecimento de novos sorotipos dos estreptococos do grupo A não permite também a previsão e prevenção dos surtos epidêmicos.

Do ponto de vista de prevalência de valvopatias atribuíveis à FR, temos apenas exemplos regionais. Na década de 70 foram realizados no RS dois estudos epidemiológicos com base domiciliar; os resultados dessas investigações permitem estimar uma prevalência de 7:1.000 para adultos e igual ou superior a 1:1.000 na população escolar^{2,6}. No PR foi feito um estudo em 1971, com escolares de idade superior às idades do estudo do RS. A prevalência encontrada foi de 6,8:1.000³. Esses números são por si só muito significativos. Quando se compara os anos de vida perdidos para a categoria da CRC e as demais causas de morte por doença cardiovasculares, a sua importância praticamente duplica (tab. I)⁴.

A análise dos dados disponíveis para o Brasil em 1984, mostra o mesmo quadro (tab. II)⁴. Importantes variações entre as diversas regiões do Brasil podem ser observadas quando se analisa os dados de mortalidade. Pode-se considerar a baixa qualidade da informação como um dos mais importantes vícios de confusão.

Na tabela III foram listadas as mortes relacionadas com o diagnóstico de colagenoses pela possibilidade de estarem ocultando casos de FRA. Pode-se notar a relação inversa de sua proporção com as das causas mal definidas⁴.

Outra análise possível é dos dados procedentes das

Tabela I - Anos de vida perdidos (AVP) por causas específicas de doenças cardiovasculares para ambos os sexos, RS 1985.

Causas de morte	N	%	N AVP	%	NAV/Caso
Doença reumática	105	1,1	3.077	2,1	29
Hipertensão arterial	473	5,2	7.245	5,1	15
Doença isquêmica	3.435	37,7	47.452	33,2	13
Outras cardiopatias	1.826	20,1	34.210	23,9	19
Doenças cerebrovasculares	3.075	33,8	48.104	33,6	16
Doenças vasculares	181	1,9	2.890	2,0	16
Total	9.100	100	142.979	100	16

Considerando 69 anos a expectativa média de vida para o RS. Fonte Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do RS.

Tabela II - Anos de vida perdidos (AVP) por causas específicas de doenças cardiovasculares para ambos os sexos, Brasil 1984

Causas de morte	N	%	N AVP	%	NAV/Caso
Doença reumática	1.393	1,74	1.717	3,2	30
Hipertensão arterial	6.522	7,9	98.391	7,5	15
Doença isquêmica	24.421	29,6	308.653	23,5	13
Outras cardiopatias	20.987	25,5	395.506	30,1	19
Doenças cerebrovasculares	29.587	35,9	431.754	32,8	15
Doenças vasculares	2.432	2,9	39.316	2,9	17
Total	82.342	100	1.315.339	100	16

Considerando 64 anos como limite da expectativa média de vida para o país. Fonte: Ministério da Saúde, Divisão de Estatística (DNDS).

Tabela III - Mortalidade proporcional por doenças cardiovasculares (DCV), febre reumática aguda (FRA), cardiopatia reumática crônica (CRC), doenças musculares e do tecido conjuntivo (DMTC) e causas mal definidas (CMD), para o Brasil por região, mais o estado do RS, 1982.

Regiões p/causa	BR	NO	ND	SD	COE	SUL	RS
Todas (N)	741.614	28.669	194.817	368.409	36.073	113.646	50.145
DCV (%)	25,83	15,09	13,84	31,66	21,49	31,59	34,89
FRA (%)	0,03	0,03	0,04	0,02	0,05	0,03	0,02
CRC (%)	0,19	0,12	0,11	0,25	0,22	0,19	0,18
DMTC (%)	0,13	0,08	0,07	0,15	0,13	0,18	0,32
CMD (%)	20,59	26,23	46,25	8,81	19,42	13,79	9,38

BR- Brasil (estimam-se em 3/4 de todos os óbitos ocorridos); NO- norte; ND- nordeste; SD- sudeste; COE- centro-oeste; SUL- sul; RS- Rio Grande do Sul.

Tabela IV - Morbidade hospitalar na rede contratada pelo INAMPS, Brasil, jan-jun 1985

Causas	N	Custo US\$x1000	Leito dias	Mortalidade
Todas	3.867.484	345.776,89	28.339.849	89.422
Todas DCV	483.484	56.785,99	3.371.721	28.149
%	12,50	16,42	11,90	31,48
Doença reumática	11.315	3.367,79	87.892	249
%	0,28	0,97	0,31	0,28

DCV- doenças cardiovasculares.

internações hospitalares da rede contratada pelo INAMPS. Observa-se claramente o alto custo da morbidade da FR, por longo tempo de hospitalização e alto número de cirurgias com próteses valvares muito caras (tab. IV e V) ⁴.

Do total de cirurgias por doenças cardiovasculares, 35% são devidas a seqüelas da FR (99% de todas as valvopatias), sendo 7% destes doentes com menos de 16 anos de idade. Como custo da correção cirúrgica valvar, principalmente quando se usa prótese metálica (1/4 das próteses implantadas), é mais alto que outras cirurgias

Tabela V - Custo médio por causa de internação na rede contratada do INAMPS, para o 1º semestre/1985 - Brasil

Causa	Custo médio (US\$ caso)
Qualquer	89,41
Doença reumática	295,87
Transtornos mentais	269,36
Anomalias congênicas	269,36
Queimaduras	244,61
Homicídios e lesões provocadas	211,83

cardíacas (pontes de safena ou mamária), presume-se que aproximadamente 2/3 do volume de dinheiro gasto anualmente com cirurgia cardíaca no Brasil está sendo usado no tratamento cirúrgico das valvopatias reumáticas.

Em 1987, no PR, foram realizadas 2.342 cirurgias cardíacas em pacientes da Seguridade Social ⁵. Destas, 741 (32%) foram cirurgias valvares devido a seqüelas da FR, com implantação de 494 próteses valvares. A idade média dos pacientes foi de 30 anos, e 149 (20%) eram reoperações. Sessenta (8%) pacientes foram a óbito no período pré ou pós-operatório imediato ⁵.

Referências

1. Eisenberg MJ - Rheumatic heart disease in the developing world: prevalence, prevention and control. Eur Heart J 1993; 14: 122-8.
2. Community Control of Rheumatic Heart Disease in Developing Countries: I A major public health problem. WHO Chronicle 1980; 34: 336-45.
3. Cunha GP, Boaretti AC - Doença reumática. In: Rachid A, Vertzman L. Reumatologia Pediátrica. Gernasa e Artes Gráficas 1977.
4. Coitinho GA - Levantamento do Ministério da Saúde e apresentado durante o I Simpósio de Estudo e Controle da Febre Reumática no Brasil. Curitiba 1988.
5. Torres PA - Trabalho apresentado durante o I Simpósio de Estudo e Controle da Febre Reumática no Brasil. Curitiba 1988.
6. Achutti A, Achutti VR - Epidemiology of Rheumatic Fever in the Developing World. Cardiol Young 1992; 2: 206-15.
7. Hoffman S, Henrichsen J, Schmidt K - Incidence and diagnosis of acute rheumatic fever in Denmark 1980 and 1983. Acta Med Scand 1988; 224: 587-94.