

Epidemiologia e Prevenção da Febre Reumática no Rio Grande do Sul

Francisco Michielin, Arthur Alexandre Pretto, João Carlos Prativiera, João Luiz Holz, Raul Paternoster,
Miguel Catalunha, Francisco Michielin F^o, João Henrique Michielin

Visando conferir sentido uniforme no enfoque epidemiológico e na conduta preventiva da febre reumática (FR), coordenamos uma mesa-redonda sobre o tema, ainda fascinante, convidando experimentados médicos que, potencialmente, lidam com a enfermidade. Dentro dos objetivos propostos, procurou-se estabelecer um consenso, auscultando a opinião de cardiologistas — através de um questionário — bem como de recolher impressões de não-cardiologistas, nomeadamente pediatras e reumatologistas. Graças à colaboração e compreensão das fontes consultadas, foi possível estabelecerem-se parâmetros adequados à nossa região (encosta superior da serra do nordeste gaúcho) que, certamente, são similares aos de outras regiões. Pelo menos, se não houver outras razões, a tentativa foi válida e alcançou plenamente suas finalidades, ressaltando-se que não centramos nossas preocupações em estatísticas rigorosas, mas cuidamos de enfatizar a observação pessoal de cada um em suas atividades específicas (consultórios, ambulatórios, postos de saúde, hospitais). Disso tudo se pôde extrair uma verdade real, mais do que numerológica, consolidando a importância do profissional isoladamente, traduzindo a maior parte do trabalho médico. Resumindo, nosso estudo, repetindo comprovações e vivências, tem a finalidade de alertar médicos e sistemas de saúde, principalmente os de ordem pública, para não descuidarem suas atenções sobre tão delicada e incapacitante doença, na medida em que suas seqüelas cardiovasculares estejam definitivamente assentadas.

Epidemiologia

A FR, em nosso meio, ainda não dispõe de marcadores definitivamente concretos sobre sua real epidemiologia, apesar do número de trabalhos existentes, que superpondo-se aos demais dados estatísticos conhecidos, confere, senão um desenho bem acabado, ao menos um perfil mais aproximativo do verdadeiro. Assim é que, em regra geral, confirma-se o pensamento do universo de autores, complementado por inquéritos específicos ou isolados, como aqueles observados na prática diária.

Diante de algumas controvérsias, como por exemplo: “estará efetivamente declinando a incidência da FR?” — ou, então: “por que ainda existem numerosos casos de valvopatia de origem reumatismal para sofrerem

algum tipo de intervenção invasiva?” — resolvemos cifrar alguns sinalizadores que, a rigor, poderão contribuir, mesmo modestamente, para uma mais esmiuçada análise do problema, racionalizando tópicos, com suas implicações no manuseio do próprio paciente. Assim sendo:

1— Predomina a alegação que a doença sofreu uma marcada redução nos últimos decênios baseada no advento da antibioticoterapia; nas melhores condições de moradia; nos cuidados sanitários em geral; na nutrição, quando possível, mais balanceada; nas campanhas de saúde pública realmente sérias e objetivas. Inversamente proporcional, portanto, situam-se a pobreza, a higiene precária, a aglomeração e a promiscuidade, a má alimentação, a ignorância, que, embora óbvias, precisam ser enfatizadas.

2— No nosso meio, os cardiologistas apontam claramente que existe um número cada vez menor de enfermos. Suas justificativas: a) os pacientes só os procuram quando tem cardite; b) os pacientes também os procuram quando o médico assistente, porventura, resolve solicitar alguma avaliação; c) os pediatras devem estar atendendo a maioria dos casos; d) os reumatologistas ficam com o outro segmento de pacientes; e) o combate à amigdalite estreptocócica aumentou consideravelmente; f) as campanhas — não demagógicas — certamente estão ajudando a orientar e esclarecer; g) o estreptococo não teria a mesma virulência; h) modificação (ou não) da interação antígeno-hospedeiro e de suas características da susceptibilidade genética à doença; i) de qualquer modo, deve-se estar permanentemente atento a eventuais mudanças clínicas e a surtos epidêmicos com aspecto aparentemente fora dos padrões habituais.

3— Pediatras e reumatologistas, mesmo refletindo opiniões similares, quase um espelho exato, definiram de sua parte: 1) o número de pacientes com FR efetivamente caiu; 2) nem pediatras, nem reumatologistas, que estão atendendo menos, sabem se a incidência é ainda alta. Acreditam que há um nítido incremento do atendimento em postos de saúde, sem o devido encaminhamento aos especialistas diretamente envolvidos, concorrendo para a diminuição da casuística; 3) talvez o que se possa ter, afirmam, é a mudança da agressão estreptocócica, com outro espectro, provocando um necessário remanejamento nos clássicos sintomas dos critérios de Jones, principalmente no que concerne, possivelmente, para as FR mais violentas e àquelas epidêmicas diferenciadas; 4) são concordantes com a quase totalidade das observações

cardiológicas — (e, f, g, h, i do item 2).

4- É possível estabelecer sua distribuição por grupos específicos: 1) idade: absoluta predominância entre os 5 e 15 anos; 2) sexo: pequena diferença, com moderada preferência pelo sexo masculino; 3) raça: maior acometimento da branca, certamente relacionada com o tipo de etnia predominante na nossa região; 4) morador: a grande maioria (75%) é habitante urbano; 5) período: sempre mais no inverno (a encosta superior do nordeste gaúcho, onde Caxias do Sul é o seu centro regional, caracteriza-se por clima frio, chuvoso e úmido, estendendo-se por 4 a 6 meses); 6) valvopatias: estima-se que cerca de 15% dos pacientes com FR aguda tenham desenvolvido algum tipo de lesão valvular desde o seu início — mais os mitrales, secundados pelos aórticos.

Prevenção

Podemos dimensionar a prevenção da FR em estreita correlação com a sua epidemiologia: 1) atuar vigorosamente na faixa etária entre os 5 e 15 anos; 2) promover campanhas de esclarecimento, usando diferentes meios de comunicação, incluindo-se palestras nas escolas, creches, etc, com a finalidade de sensibilizar as pessoas adultas, responsáveis pelos cuidados diretos com esse grupo etário; 3) procurar organizar projetos que criem recursos, através de programas de intercâmbios com todos os centros que se dedicam, tanto nacional como internacionalmente ao assunto; 4) procurar manter atenção, ao máximo, para a eclosão de surtos epidêmicos; 5) estimular as culturas da orofaringe, mesmo naqueles indivíduos considerados portadores-sadios mais ainda nos que, em idêntica situação, vivem confinados em comunidades fechadas; 6) erradicação da estreptococcia com o uso adequado e judicioso de penicilina benzatina — 600.000U para aqueles com peso inferior a 25kg e 1.200.000U para aqueles com peso superior a 25kg. Sua repetição quando necessária. O uso de substitutivos, no impedimento da penicilina benzatina, como eritromicina (10 a 12mg/kg/peso para crianças ou 500mg de 6/6h em adolescentes e adultos); 7)

agir intensiva e vigorosamente, evitando recidivas da FR, em pacientes com histórias anteriores ou que tenham predisposição para adquirir a enfermidade; 8) procurar saber se o estreptococo realmente tem mudado seu formato de virulência. Para mais ? Para menos ? em qualquer das duas situações sempre haverá risco, porque o quadro clínico, possivelmente, poderá fugir de sua rotina, acarretando confusões diagnósticas e tomadas de decisões terapêuticas não compatíveis. Nos dois casos, igualmente, as seqüelas poderão aparecer, mais cedo ou mais tarde, pela falta de reconhecimento clínico e pela instituição de tratamento errôneo ou inadequado. Resumindo, cuidar agressões diferentes, respostas imunitárias diversas e fatores genéticos não bem identificados; 9) manter uma expectativa — e incentivá-la — sobre as tentativas de uma vacina efetivamente profícua; 10) exigir participação com responsabilidade das instituições de saúde pública; 11) exigir a notificação compulsória para a FR.

Dentro da profilaxia, cabem, ainda, algumas intrigantes indagações, sobretudo aquela pertinente à incidência de valvulopatias, malgrado a redução da FR — ou sua suposta redução.

A resposta última, mas certamente não final, passa por uma série de considerações a saber: 1) diagnóstico certo — terapêutica imperfeita; 2) diagnóstico errado — terapêutica errada; 3) casos absolutamente frustos, com evolução silenciosa ou atípica; 4) a própria FR, por si só, ainda não totalmente dominada, prolongando suas sombras e projetando suas angústias para médicos e pacientes pelo resto da vida; 5) muitos casos, sabidamente ou presumivelmente, permanecem assintomáticos, por longo prazo, vindo exteriorizar suas manifestações após um período considerável de tempo, como é comum; 6) demora ou dificuldade de acesso aos recursos médicos para a obtenção de um diagnóstico correto; 7) muitos sopros não devidamente valorizados, deixando de merecer um acompanhamento correto, sem a profilaxia conseqüente, desmobilizando os cuidados do paciente ou a vigilância dos familiares. Tal fato pode contribuir para o descaso, principalmente, da profilaxia na idade adulta.