

Epidemiologia da Febre Reumática. Estudo Local

Iseu Gus, Cláudio Zaslavsky, Júlia Maria P. Seger, Rodrigo Strehl Machado
Porto Alegre, RS

Objetivo - Detectar as manifestações clínicas do 1º surto de febre reumática aguda (FRA) e encontrar seu perfil epidemiológico.

Métodos - Foi utilizado registro da incidência, das manifestações clínicas e exames de laboratório com dados epidemiológicos de novos casos do 1º surto de FRA, internados em 6 hospitais de Porto Alegre, durante 16 meses entre os anos de 1992/93.

Resultados - Nos 51 casos registrados, as manifestações clínicas foram: 40 (78,4%) casos com artrite; 28 (56%) com miocardite; 6 (11,8%) com coréia de Sydenham; 6 (11,8%) com eritema marginato e 4 (7,8%) com nódulos subcutâneos.

Conclusão - Os critérios de Jones modificados permanecem como melhor guia clínico para o diagnóstico da FRA quando no 1º surto. Esta continua sendo a principal etiologia de doença valvar no nosso meio.

Palavras-chave: febre reumática aguda, epidemiologia, cardiopatia reumática

Epidemiology of Rheumatic Fever. A Local Study

Purpose - To identify the clinical findings of first attack in acute rheumatic fever (ARF), and to find a profile of its epidemiology.

Methods - Results of clinical manifestations, incidence, laboratory findings relative to a new cases of first attack in ARF were studied. Six hospitals in Porto Alegre area were involved in the surveillance, during 16 months between 1992 and 1993.

Results - Fifty-one cases with clinical manifestations were recorded: 40 (78,4%) cases with arthritis; 28 (56%) with carditis; 6 (11,8%) with Sydenham's Chorea, 6 (11,8%) with erythema marginatum and 4 (7,8%) with subcutaneous nodes.

Conclusion - Diagnostic criteria firstly described by Jones are still employed in the clinical diagnosis in ARF in a first attack and that remains the principal etiology of valvar heart disease in that city.

Key-Words: rheumatic fever, epidemiology, rheumatic heart disease

Arq Bras Cardiol, volume 65 (nº 4), 321-325, 1995

Febre reumática aguda (FRA) é uma complicação inflamatória não supurativa que ocorre após uma infecção das vias aéreas superiores pelo estreptococo b-hemolítico do grupo A. Sua epidemiologia depende, em grande parte, da epidemiologia da faringite estreptocócica e a sua incidência, após uma faringite estreptocócica, varia de 0,3% a 3%¹⁻⁵. Considera-se que toda criança entre 5 e 15 anos tenha tido pelo menos uma infecção de orofaringe e que 20% tenha sido pelo estreptococo b-hemolítico do grupo A de Lancefield¹. Mas também se sabe que 1/3 das FRA ocorre após infecção estreptocócica assintomática¹. Desta maneira, teoricamente, poderá ser calculada a incidência de FRA em uma população entre 5 e 15 anos de idade e, conseqüentemente, a incidência de valvopatias. Deve-se considerar também os casos de FRA assintomática.

Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia

Correspondência: Iseu Gus - Instituto de Cardiologia do RS/FUC

Unidade de Pesquisa - Av. Princesa Isabel, 395 - CEP 90620-001 - Porto Alegre, RS Recebido para publicação em 28/11/94

Aceito em 22/5/95

Baseados no trabalho da OPAS¹, foram registrados e catalogados os casos com diagnóstico de 1º surto de FRA, internados em 6 grandes hospitais de Porto Alegre, RS. Com esta amostragem, tentou-se traçar um perfil clínico e epidemiológico da FRA para extrair uma terapêutica preventiva da doença valvar de origem reumatismal.

Nos países subdesenvolvidos é a maior causa de doença cardíaca dos 5 aos 30 anos, e uma das duas maiores causas de morte em jovens³. No Rio Grande do Sul (RS), a prevalência estimada de cardiopatia reumática crônica (CRC) é de 7:1000¹. Incidência elevada comparada à média nos países subdesenvolvidos de 2:1000¹. O conhecimento sobre FRA é limitado e pouco articulado. Faltam estudos caso-controle em países de alta incidência da doença que possam definir as situações de risco e orientar sua prevenção⁵, advindo daí, o motivo do presente estudo.

Métodos

Foram registrados durante 16 meses (junho/92 a setembro/93), todos os casos (1Q surto) de FRA internados

em 6 hospitais da cidade de Porto Alegre, RS. O diagnóstico foi baseado nos critérios de Jones revisados em 1992. Estes hospitais fazem parte da rede de saúde pública, conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e vinculados a Faculdades de Medicina do RS. Não foram estudados os casos de 10 surto de FRA não hospitalizados. Traçou-se um perfil epidemiológico dos casos de FRA em seu 1º surto, baseados nos 51 casos registrados neste período. Considerou-se a idade, o sexo, a condição social familiar, a incidência sazonal, a incidência por regiões da cidade (ou do estado) e antecedentes de amigdalite, como itens importantes. Foi delineado um perfil clínico da doença no seu 1º surto dos casos que foram internados através da incidência de poliartrite, cardite, coréia, nódulos subcutâneos, eritema marginado e de sinais menores e provas laboratoriais.

Neste período, foi levantado o número de cirurgias de trocas valvares e comissurotomias realizadas em pacientes com CRC (diagnosticada pela história clínica do paciente, pela ecocardiografia e pelo exame anatomopatológico da valva trocada) e foram revisados seus prontuários em 2 dos hospitais citados acima com o objetivo de apurar o número de pacientes com CRC operados durante os últimos anos e, destes, quantos tinham história de febre reumática em seu prontuário, quando submetidos à cirurgia em como levantar quantos pacientes tinham CRC sem história de FRA ou amigdalites de repetição.

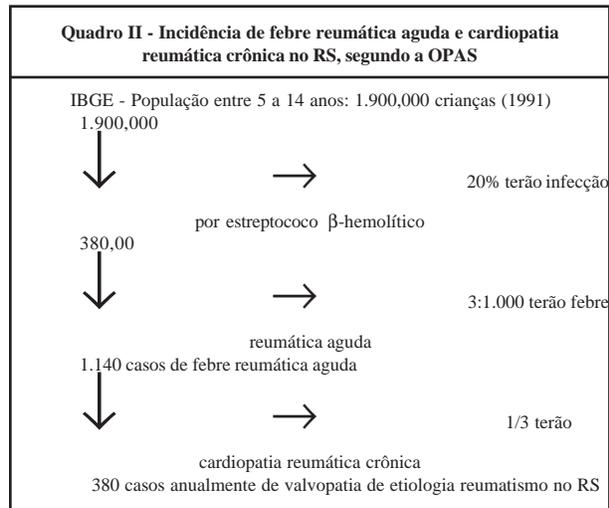
Resultados

Durante o período estudado, foram registrados 51 casos de FRA em seu 1º surto, cuja internação ocorreu com maior frequência (58%) em hospitais de pediatria em

Quadro I - Incidência de 1º surto de FRA em Hospitais de Porto Alegre

Pediatria		Gerais		Cardiologia	
Hospital da Criança Conceição	Hospital Criança Sto Antônio	Santa Casa	São Lucas	Clínicas	IC/FUC
37%	21,6%	13,7%	9,8%	9,8%	7,8%
19 (casos)	11 (casos)	7 (casos)	5 (casos)	5 (casos)	4 (casos)
58%		33,3%		7,8%	

IC/FUC- Instituto de Cardiologia RS/Fundação Universitária de Cardiologia
FRA - febre reumática aguda



geral do que em hospital especializado em cardiologia (quadro I). A incidência de FRA e de cardiopatia reumática crônica no RS, segundo a OPAS, encontra-se no quadro II. A FRA possui um padrão sazonal e neste estudo

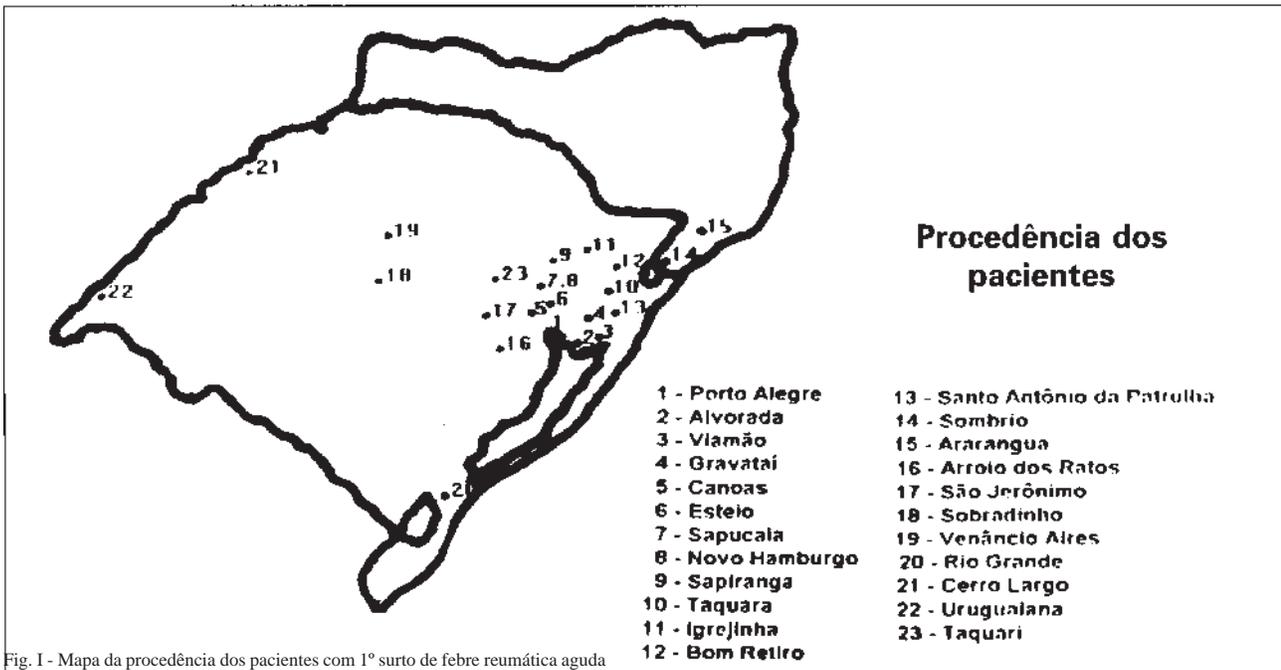


Fig. I - Mapa da procedência dos pacientes com 1º surto de febre reumática aguda

Quadro III - Incidência da FRA				
Padrão sazonal 76,4% (40 casos)	Cor B-78,4% (40 casos)	Sexo M-66,7% (34 casos) F-33,3% (17 casos)	Idade 5 a 15 anos - 90,2% (46 casos) <5 anos - 5,9% (3 casos) >16 anos - 3,9% (2 casos)	Inverno e Primavera P- 21,6% 11 casos)
FRA - febre reumática aguda				

Quadro IV - Fatores sócio-econômicos				
Escolaridade dos pais Até 1º grau - 61,9% (26 casos) Analfabetos - 16,7% (7 casos)	Nº de familiares na casa 4 a 5 - 57,4% (27 casos) 6 a 8 - 25,5% (12 casos) 4 a 8 - 82,4% (39 casos) <3 - 19,6 (9 casos)	Nº de cômodos na casa >5 - 39,1 (18 casos) 5 - 19,6% (9 casos) 4 - 21,7% (10 casos)	Nº de camas < 3 - 19,9% (5 casos) >5 - 6,5 (2 casos)	Renda familiar (salário mínimo - SM) < 3 SM - 55,3% (26 famílias) 4 a 10 SM - 27,7% (13 famílias) >10 SM - 4,3 (2 famílias)

Quadro V - Amigdalite e febre reumática			
Amigdalites prévias	Esfregão para estreptococo β-hemolítico	Início	Período entre a amigdalite e febre reumática
Com 70,6% (36 casos) Sem 29,4% (15 casos)	Culturas negativas 24,4 % (11 casos) Não realizaram 75,6% (34 casos)	Ambiente escolar 63,5% (5 casos) Em casa 25% (2 casos) Outro local 12,5% (1 caso)	1 a 7 dias 54,3% (19 casos) 8 a 15 dias 14,3% (5 casos) 16 a 30 dias 14,3% (5 casos) > 30 dias 17,1% (6 casos)

predominou no inverno e na primavera, com 40 (76,4%) casos. (quadro III), sendo no inverno 27 (52,9%) casos e na primavera 12 (23,5%). Ainda foram registrados 8 (15,7%) casos no outono e 4 (7,8%) no verão.

A procedência dos pacientes foi maior da região metropolitana de Porto Alegre (20 casos - 39,2%) e de Porto Alegre (16 casos - 31,4%), somando 36 (70,6%). Do interior do estado procederam 13 (25,5%) pacientes e 2 (3,9%) vieram de Araranguá e Sombrio em Santa Catarina (fig. 1). Houve maior incidência na cor branca, homens e idade entre 5-15 anos (quadro III). Na análise das profissões encontraram-se trabalhadores da construção civil, de serviços administrativos, conservação e limpeza de edifícios, vendedores de comércio varejista e atacadista, empregados domésticos, trabalhadores agrícolas e de fabricação de artefatos de madeira. Observou-se que a incidência de FRA esteve relacionada com o baixo grau de escolaridade dos pais, (quadro IV), já que, dos 42 pacientes que responderam este item, 33 (78,6%) não tinham o secundário (2º grau). Sete (16,7%) eram filhos de pais que chegaram a cursar o 2º grau e 2 (4,8%) tinham feito algum curso profissionalizante após o 2º grau. Nenhum paciente era filho de pais com curso superior; nove pacientes não sabiam ou não informaram. Quarenta e sete informaram sobre o número de familiares que viviam na mesma casa, número de cômodos e de camas e a renda familiar (quadro IV). Foram obtidas informações com pais ou familiares em 23 (45,1%) casos estudados, em 9 (17,6%) através de prontuário do paciente, em 7 (13,7%) com o próprio paciente e em 2 (23,6%) através de várias fontes. A história de amigdalite prévia, a presença do estreptococo b-hemolítico do

Quadro VI - Manifestações maiores dos critérios de Jones (1992) de FRA - Porto Alegre - RS			
Artrite		43	84,3
	Monoartrite	3	5,9
	Poliartrite migratória	40	78,4
Cardite		28	56,0
Eritema marginado		6	11,8
Coréia		6	11,8
Nódulos subcutâneos		4	7,8
FRA - febre reumática aguda			

grupo A através de culturas de garganta, o local do início dos sintomas e o período entre a amigdalite e a FRA estão no quadro V.

Durante a atividade de FRA, a febre foi encontrada em 41 (80,4%) pacientes e a amigdalite em 27 (52,9%). Nenhum era amigdalectomizado. Piodermites apareceram apenas em 4 (7,8%) casos, não tendo sido realizadas culturas das secreções em nenhum dos pacientes. O quadro VI mostra as manifestações maiores dos critérios de Jones (revisados 1992) que apareceram neste estudo e que foram usados para diagnóstico de FRA e suas frequências. Entre as lesões valvares existentes nestes 28 casos de cardite, 25 acometiam a valva mitral e 1, a valva aórtica, no momento do diagnóstico da FRA (quadro VI).

O quadro VII mostra as manifestações menores dos critérios de Jones. Quatro pacientes não realizaram o teste de proteína C reativa e 9 não realizaram o teste da mucoproteínas. Para evidenciar infecção estreptocócica recente, apenas 7 pacientes fizeram culturas da garganta para estreptococo b-hemolítico do grupo A durante o quadro

Quadro VII - Manifestações menores dos critérios de Jones (1992) de FRA		
	Nº de Casos	%
Febre	41	80,4
Leucocitose	40	78,4
Proteína Creativa	36	70,5
Mucoproteína	42	82,3

FRA - febre reumática aguda

Quadro VIII - Lesões valvares na alta hospitalar		
Valvas acometidas	Nº de casos	%
Mitral	19	35,2
Aórtica	1	2,0
Mitral+aórtica	6	11,8
Nenhuma	25	49,0

Quadro IX - Incidência de valvulopatia com e sem história de FRA - 141 casos operados no IC/FUC	
Com História	50(43,85%)
Sem história	64 (56,14%)
Total	114 casos

FRA - febre reumática aguda

de FRA, sendo positivo em 1 (2%). Quarenta e quatro (86,2%) pacientes não fizeram culturas de garganta durante a FRA. A antiestreptolisina-O esteve acima de 250U Todd em 32 (33,4%) pacientes e em 19 (37,3%) a ASLO esteve abaixo de 240U Todd.

No tratamento do 1º surto de FRA foi avaliado o uso de anti-inflamatórios: ácido acetil-salicílico em 33 (66,7%) pacientes, corticóides em 8 (15,7%) e ambos em 7 (13,7%). Três pacientes não usaram anti-inflamatórios durante a internação hospitalar e o tempo de internação foi de até 15 dias em 26 (51%) casos, 15 a 30 dias em 21 (41,2%) e mais de 30 dias em 4 (7,8%). As lesões valvares na alta incidiram com maior frequência na valva mitral (quadro VIII).

Discussão

O 1º surto de FRA ou diagnóstico confundido com outras doenças que fazem parte do diagnóstico diferencial da FRA (artrite reumatóide juvenil, artrite séptica, lúpus eritematoso sistêmico, etc). Soma-se a isso o fato de que os casos do presente estudo pertenciam a 6 hospitais de Porto Alegre, a hospitais de sua periferia e de sua área metropolitana, sendo que os das cidades do interior foram perdidos, escapando ao estudo. Além disso, há muitos casos de 1º surto de FRA que são vistos e tratados ao nível ambulatorial e que também escaparam ao estudo.

Em 1983, a OPAS realizou trabalho epidemiológico sobre a febre reumática onde participaram vários países,

dentre eles o Brasil ¹. Com dados de vários países da América Latina encontrou-se, na época, que 1% a 3% das internações eram por FRA ou CRC e, destas, 6-7% eram de crianças menores de 12 anos. Os resultados do trabalho da OPAS mostraram que na América Latina, nas áreas onde há registro de casos de FRA, a incidência dos 5 aos 15 anos é em média, 0,28 a 0,41 por 1.000, cifra 3 a 4 vezes maior do que nos Estados Unidos e em outros países, e uma incidência de CRC de 7,7 por 1.000 no RS. A divulgação desses resultados foi pouco valorizada pois não houve nenhum trabalho epidemiológico após. Aliás, pouco se realiza para prevenir doenças crônico-degenerativas em nosso meio. A doença é claramente vinculada às condições sócio-econômicas e sua prevalência nos diversos países relaciona-se com o desenvolvimento e industrialização. O declínio da FRA em países desenvolvidos não possui causas bem definidas, mas alguns fatores parecem estar relacionados, como, melhoria da qualidade de vida, melhor e mais fácil acesso à assistência médica e menor frequência de sorotipos reumatogênicos ². Estudos indicam que não houve menor positividade das culturas de orofaringe para estreptococos do grupo A e que as taxas encontradas são similares às de 1950 ^{5,6}, o que sugere que os sorotipos prevalentes eram menos reumatogênicos no período ^{5,7}.

No Instituto de Cardiologia/Fundação Universitária de Cardiologia (IC/FUC), as valvopatias representam 12% a 15% dos atendimentos ambulatoriais e a incidência de novos casos de doença valvar é em torno de 220 pacientes/ ano. É a 3ª doença cardíaca mais atendida no IC/FUC. Por outro lado, só excepcionalmente, é visto 1º surto de FRA. Os quadros de FRA tratados no IC/FUC são recorrências, 2º ou 3º surto de FRA. Desta maneira não há como analisar e acompanhar pacientes com 1º surto de FRA só no IC/FUC e assim estudar a evolução clínica dos casos de doença valvar de origem reumatisal. Assim sendo, das 1.909.104 crianças existentes no RS, no censo de 1991, na faixa etária estudada e que tiveram infecção das vias áreas superiores durante os 16 meses estudados, 20% foram infecções pelo estreptococo b-hemolítico (381.820) e 0,3% tiveram FRA (1.143), resultando em 381 casos de pacientes que terão CRC (quadro II).

Dos 1.143 casos de FRA, este estudo registrou apenas 51 de 1º surto, o que representa 4,46% do total que deveria ter sido registrado. Observa-se, ainda, que a maioria das internações hospitalares de FRA foi em hospitais pediátricos, o que significa que os pediatras tratam mais FRA que os cardiologistas, que vêm mais pacientes com CRC.

A incidência de valvopatia na alta hospitalar foi de 51% dos pacientes, ou seja, dos 51 casos de 1º surto de FRA, 26 tiveram alta com lesões valvares. Entretanto, este dado também deve ser discutido tendo em vista que não se sabe se esses pacientes que internam no 1º surto de FRA (não são tratados ambulatoriamente) são os casos graves e, por isso, há uma maior incidência de cardite e de

valvopatias na alta hospitalar. Em 114 prontuários de valvopatias operadas no IC/FUC, o número de pacientes com CRC com história de febre reumática foi de 50 (43,86%) e sem história foi de 64 (56,14%) (quadro IX). A pesquisa foi realizada em prontuários e não diretamente em pacientes. Entretanto, ela é importante no sentido de alertar que a CRC é a principal responsável pelas valvopatias operadas no nosso estado, deixando as valvopatias congênitas em porcentagem bem inferior.

Deve ser dada atenção especial à profilaxia primária da FRA, diagnosticando e tratando precocemente as infecções das vias aéreas superiores, causadas pelo estreptococo b-hemolítico do grupo A, e estimulando para que se desenvolvam ações regionais de prevenção da faringite estreptocócica. Cuidados especiais devem ser

estabelecidos para evitar recidiva do surto agudo. Segundo a OMS, em estudo realizado em 1979 sobre o controle comunitário da FRA e da CRC, em 6 centros nos países de Barbados, Egito, Chipre, e nas cidades de Lagos, Nova Deli, Teerã e Ulam Bator, apenas 50% dos pa-

cientes eram acompanhados periodicamente após a FRA e, destes, apenas a metade fazia a profilaxia secundária regular. Os benefícios da profilaxia secundária são evidentes quando comparamos os sujeitos que aderem à antibioticoterapia profilática aos que fazem profilaxia inadequada. Dados semelhantes são limitados no Brasil, pois são baseados em estudos escolares, em população atendida em hospitais e em taxas de mortalidade, continuando a ser um grave problema de saúde pública. Em São Paulo entre 1989 e 1992 foram operados 10.000 valvopatas⁸.

Em conclusão, os critérios de Jones permanecem no nosso meio como o melhor guia para diagnóstico de FRA em 1º surto; casos com 1º surto de FRA não costumam internar em hospitais especializados de cardiologia; casos de 10 surto de FRA internados não representam, em números, a gravidade que a FRA ainda representa no nosso meio, pois, a maioria não é internada, é tratada em casa, não é diagnosticada e nem sempre tem história de FRA. A profilaxia primária, o tratamento da amigdalite, é a recomendação que se impõe.

Referências

1. Organización Panamericana De La Salud. Prevención de la fiebre reumática -versión preliminar del informe final del estudio colaborativo, Washington, 1983.
2. Bisno AL - Secuelas pós estreptococcias no supuradas: fiebre reumática y glomerulonefritis. In: Mandell GL, Douglas RG, Bennett SE. eds - Enfermedades Infecciosas: Principios y Práctca. 3ª ed. Buenos Aires: Interamericana, 1991; 177,614.
3. Berrios X et al - Acute rheumatic fever and post Streptococcal glomerulonephritis in an open population: comparative studies of epidemiology and bacteriology. Lab Clin Med 1984; 108:335-42.
4. Gus I - Perspectivas da doença reumastimal no Rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol 1984; 43: 209-11.
5. Dajani AS - Current status of nonsuppurative complications of group A streptococci. Pediatr Infec DisJ 1991;10: 525-7.
6. Kaplan EL - Rheumatic Fever. In: Behrman RE, Kligman RM, Nelson LT. eds -Text Book of Pediatrics. 14ª ed. Philadelphia: WB Saunders 1992: 640.
7. Warrom A, Slater PE - The decline of acute rheumatic fever in Israel. Public Health Rev 1990;18: 239-49.
8. Snitcowsky R - Valvulopatias. Rev Soc Cardiol ESP 1993; 6: 17-20.