

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

9

FEBRE
REUMÁTICA

HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA

Autores
ALINE ISLABÃO
MARIA CUSTÓDIA RIBEIRO
SIMONE DE OLIVEIRA ALVES

Editores
ELISA DE CARVALHO
ERIKA BOMER
ISIS QUEZADO MAGALHÃES
RENILSON REHEM

HOSPITAL DA
CRIANÇA
DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR

SUS

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL
ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

9

FEBRE
REUMÁTICA

Brasília, 2016

Diretor Presidente
NEWTON CARLOS DE ALARCÃO

Diretora Vice-Presidente
DEA MARA TARBES DE CARVALHO

Conselho de Administração
DANIEL GALLO PEREIRA
ILDA RIBEIRO PELIZ
NADIM HADDAD
HELOÍSA HELENA SILVA DE OLIVEIRA
JAIR EVANGELISTA DA ROCHA
JARBAS BARBOSA DA SILVA JUNIOR
MARLENE GOMES BARRETO
(Representante dos Funcionários)

Conselho Fiscal
ADÉZIO DE ALMEIDA LIMA
FERNANDO HECTOR RIBEIRO ANDALÓ
FRANCISCO CLÁUDIO DUDA

1ª edição, 2016.
Esta é uma produção para uso interno no
Hospital da Criança de Brasília, portanto,
não deve ser reproduzida.

Informações:
Hospital da Criança de Brasília José Alencar
SAIN Lote 4-B (ao lado do Hospital de Apoio)
Brasília - DF.
CEP 70.071-900

Superintendente Executivo
RENILSON REHEM

Superintendente Executivo Adjunto
JOSÉ GILSON ANDRADE

Diretor Administrativo
HÉLIO SILVEIRA

Diretora do Centro Integrado e Sustentável de Ensino e Pesquisa
VALDENIZE TIZIANI

Diretor de Custos, Orçamento e Finanças
HORÁCIO FERNANDES

Diretora de Estratégia e Inovação
ERIKA BOMER

Diretora de Recursos Humanos
VANDERLI FRARE

Diretora Técnica
ISIS MAGALHÃES

Coordenadora do Corpo Clínico
ELISA DE CARVALHO

Núcleo de Comunicação e Mobilização
Coordenadora de Comunicação e Mobilização
ANA LUIZA WENKE

Assessor de Comunicação
CARLOS WILSON

Designer Gráfico
JUCELI CAVALCANTE LIMA

Diagramação e revisão: Ex-Libris Comunicação Integrada
Revisão: Gabrielle Albiero, Pedro C. De Biasi.
Diagramação: Adriana Antico, Jonathan Oliveira, Nayara Antunes, Regina Beer,
Carolina Hugueneyer Brito e Ricardo Villar.

Autores:
Aline Islabão
Maria Custódia Machado
Simone de Oliveira Alves

Editores:
Elisa de Carvalho
Erika Bömer
Isis Quezado Magalhães
Renilson Rehem

Ficha catalográfica

Hospital da Criança de Brasília José Alencar.

Diretriz Interprofissional de Atenção à Criança e ao Adolescente
com Febre Reumática/Isiabão, Aline; Ribeiro, Maria Custódia; Alves,
Simone de Oliveira. Brasília: HCB, 2016.

25p.

Editores: Elisa de Carvalho, Erika Bömer, Isis Quezado
Magalhães, Renilson Rehem.

1. Febre reumática. 2. Pediatria. 3. Criança. I. Islabão, Aline. II. Ribeiro,
Maria Custódia. III. Alves, Simone de Oliveira. VI. Título.

CDU: 612.2

SUMÁRIO

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL

1. INTRODUÇÃO	5
1.1. Objetivos	5
1.2. Equipes de referência	5
2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	5
2.1. Critérios de inclusão	5
2.2. Critérios de exclusão	5
3. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	5
4. ABORDAGEM TERAPÊUTICA RISCO 1	7
5. ABORDAGEM TERAPÊUTICA RISCO 2	8
ANEXOS	11

1. INTRODUÇÃO

1.1. Objetivos

Geral:

Sistematizar o atendimento ao paciente com febre reumática (FR), promovendo a efetividade assistencial.

Específicos:

- Promover abordagem interprofissional às crianças e aos adolescentes com febre reumática, baseada nas necessidades específicas de cada paciente, alinhada à estratificação de risco.
- Atuar de forma integrativa e complementar à rede de saúde SES/DF, no que tange à pediatria terciária.

1.2. Equipes de referência

Equipe médica responsável pelo programa:

Reumatologia Pediátrica

Equipe médica de apoio:

Cardiologia Pediátrica

Neurologia Pediátrica

Assistência complementar essencial:

Psicologia

Serviço Social

2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

2.1. Critérios de inclusão

São elegíveis para esse programa, crianças e adolescentes com diagnóstico de Febre Reumática, de acordo com os critérios de Jones, revisados pela American Heart Association (2015), e com os critérios da Organização Mundial de Saúde (2004) para o diagnóstico de recorrências e da cardiopatia reumática crônica.

2.2. Critérios de exclusão

- Pacientes sem encaminhamento devidamente justificado (compatível com os critérios de elegibilidade);
- Pacientes acima de 18 anos de idade.

3. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A avaliação inicial do paciente será realizada por médico reumatologista pediátrico do Hospital da Criança de Brasília (HCB), encaminhado: como primeira consulta externa (PCE), para o paciente proveniente do SISREG; como parecer interno (PI), se paciente do HCB; e por meio de parecer especializado (PE), em casos de urgência. Nessa primeira avaliação para admissão no Ambulatório

de Febre Reumática, serão realizados a anamnese e o exame físico; serão solicitados os exames complementares, conforme as fichas descritas no anexo.

A segunda avaliação, 30 dias após a primeira, será realizada no Ambulatório de Febre Reumática, por médico da equipe responsável pelo programa (reumatologista). Neste momento, conforme os dados clínicos e os resultados dos exames complementares, será estabelecida a estratificação de risco, descrita na Tabela 1 e, conforme esta, o paciente será contrarreferenciado ou admitido no programa.

Na admissão no programa, serão realizados: o cadastro do paciente; a ambientação; a apresentação da equipe; a pactuação das metas terapêuticas e das metas dos pacientes; o termo de compromisso; a identificação de necessidades sociais; a entrega do caderno do paciente; e o convite à participação do grupo de reumatologia do HCB. Os pacientes classificados como risco 1 serão incluídos na Abordagem Terapêutica Risco 1 (ATR1) e os classificados como risco 2 serão incluídos na Abordagem Terapêutica Risco 2 (ATR2). A Figura 1 resume o fluxo de avaliação para admissão no Programa de FR do HCB.

Tabela 1. Estratificação de risco do Programa de FR do HCB

Estratificação de risco	Comorbidades
Risco 1	Pacientes portadores de febre reumática sem cardiopatia reumática crônica ou com cardiopatia reumática crônica leve.
Risco 2	Pacientes portadores de febre reumática com cardiopatia reumática crônica moderada a grave e/ou coreia de Sydenham.

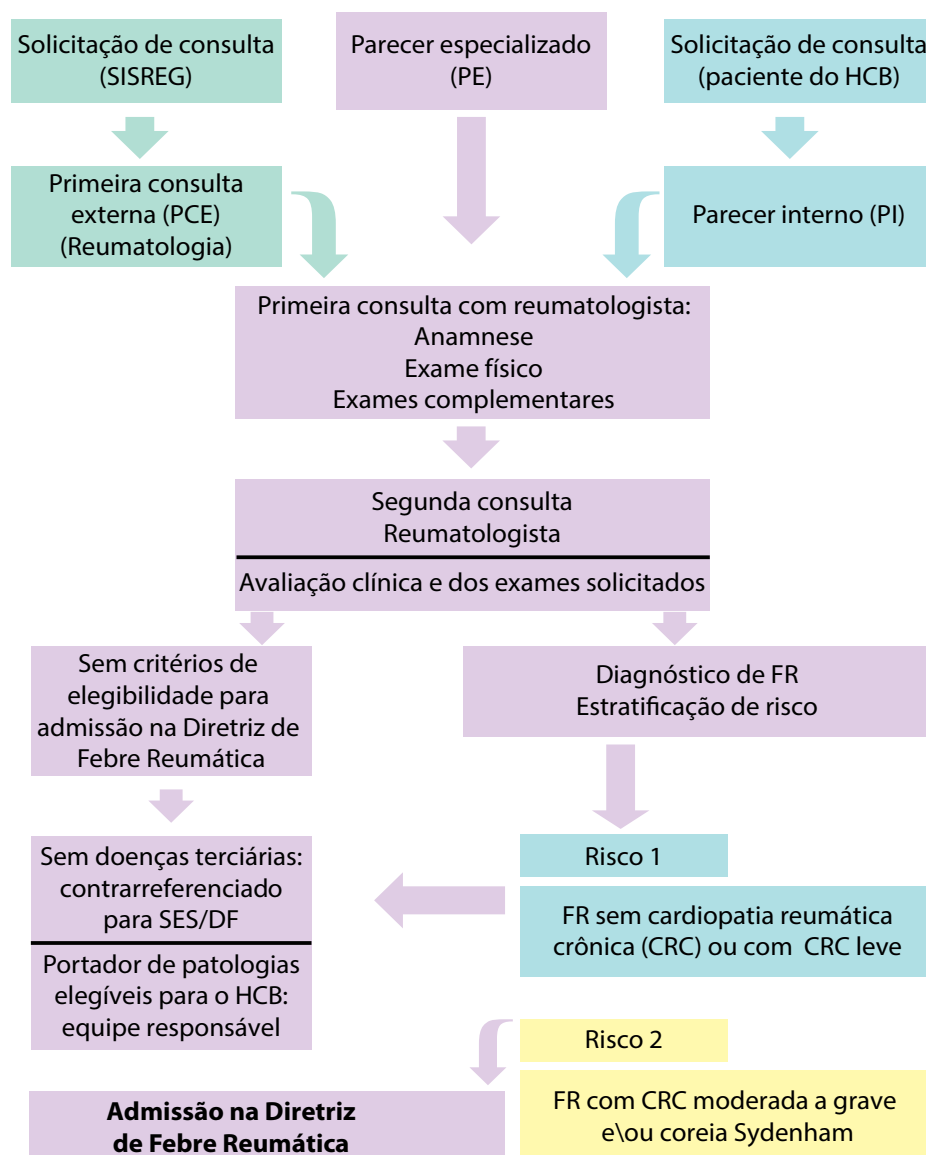


Figura 1. Fluxo de avaliação para admissão na Diretriz de Febre Reumática

*SISREG: Sistema Nacional de Regulação; FR: febre reumática; SES-DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; HCB: Hospital da Criança de Brasília

4. ABORDAGEM TERAPÊUTICA 1 – RISCO 1 (AT 1 – R1)

Os pacientes classificados como risco 1 serão referenciados para o Serviço de Reumatologia Pediátrica do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) se procedentes das regiões de Taguatinga, Brazlândia e Santa Maria. Pacientes procedentes das demais regiões do DF permanecerão em seguimento no HCB até que sejam organizados os ambulatórios de contrarrefêrencia respectivos.

5. ABORDAGEM TERAPÊUTICA 2 - RISCO 2 (AT2 – R2)

Os pacientes classificados como risco 2 deverão ser encaminhados à Cardiologia Pediátrica do HCB para acompanhamento, em conjunto com a Reumatologia Pediátrica. Nos casos de cardite aguda moderada a grave que já receberam alta da internação hospitalar, mas ainda sem resolução completa do processo inflamatório, as consultas terão periodicidade quinzenal a mensal, até estabilização do quadro. Os pacientes que não apresentarem manifestações agudas da doença, ou seja, quadro estabilizado de CRC moderada a grave, deverão ser reavaliados por reumatologista e cardiologista em consultas semestrais. Aqueles com necessidade de intervenção cardíaca cirúrgica e/ou hemodinâmica serão encaminhados à Cardiologia do Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF).

Os pacientes com coreia de Sydenham ainda sem controle sintomático serão acompanhados em consultas quinzenais ou mensais, até estabilização do quadro. Após esse período serão acompanhados em consultas semestrais. Os casos de difícil controle ou com manifestações atípicas serão encaminhados à Neurologia Pediátrica para avaliação conjunta.

Serão pactuadas as metas terapêuticas e metas do paciente, conforme Tabela 2:

Tabela 2. Metas terapêuticas e metas do paciente na Abordagem Terapêutica 2 – Risco 2

Metas terapêuticas	Erradicação do estreptococo beta hemolítico do grupo A Supressão do processo inflamatório Evitar sequelas cardíacas Profilaxia secundária com penicilina benzatina Profilaxia da endocardite bacteriana
Metas do paciente	Manter frequência no programa Adesão à profilaxia secundária com penicilina benzatina Participação no Grupo de Reumatologia Manter a saúde bucal

Verificar em todas as consultas a aderência correta à profilaxia secundária com penicilina benzatina de 21/21 dias. A duração da profilaxia nos paciente de risco 2 segue as seguintes orientações:

- 1 - Lesão valvar residual moderada: até os 40 anos ou por toda a vida;
- 2- Cirurgia valvar: por toda a vida.

Os casos de CRC moderada a grave que, após anos de profilaxia secundária regular, apresentarem melhora no grau da lesão valvar (CRC leve), seguirão a profilaxia conforme AT1-R1.

Orientar a respeito da profilaxia de endocardite bacteriana para procedimentos odontológicos e cirúrgicos nos pacientes com disfunção valvar adquirida.

Deve-se solicitar anualmente para todos os pacientes: hemograma completo, ASLO, VHS, PCR e alfa-1-glicoproteína ácida. Solicitar, oportunamente, função renal, hepática, eletrólitos, lipidograma e glicemia de jejum naqueles pacientes em uso de medicações adjuvantes ao tratamento. O ecocardiograma deve ser realizado, habitualmente, uma vez ao ano ou sempre que houver suspeita de novo surto da FR. O ECG deve ser solicitado conforme avaliação clínica ou sempre que houver suspeita de novo surto da FR.

Todos os pacientes são convidados a participar das reuniões do Grupo de Reumatologia. As reuniões têm periodicidade mensal, na última segunda-feira de cada mês, e são dirigidas pela equipe da Psicologia e do Serviço Social, com a presença de profissionais de saúde, e convidados de outras áreas, conforme a demanda.

Na ocasião da alta do acompanhamento hospitalar no HCB (ao completar 18 anos), os pacientes com qualquer grau de CRC devem ser encaminhados ao Ambulatório de Valvas - Cardiologia/Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF). Os pacientes que já têm acompanhamento no IC-DF farão seu seguimento para cardite no próprio IC-DF.

A Figura 2 mostra o fluxograma de consultas com a equipe multidisciplinar:



Figura 2. Fluxograma de consultas dos pacientes AT2-R2.

*Neurologia: coreia de difícil controle / manifestações atípicas

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

9

ANEXOS

FEBRE
REUMÁTICA

HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA

Autores
ALINE ISLABÃO
MARIA CUSTÓDIA RIBEIRO
SIMONE DE OLIVEIRA ALVES

Editores
ELISA DE CARVALHO
ERIKA BOMER
ISIS QUEZADO MAGALHÃES
RENILSON REHEM

HOSPITAL DA
CRANÇA
DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR

SUS

SUMÁRIO

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL

1. FOLHA DE ROSTO	13
2. ANAMNESE.....	14
3. EXAME FÍSICO	17
4. SOLICITAÇÃO DOS EXAMES NA ADMISSÃO	18
5. REUNIÕES DE GRUPO	19
6. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
6.1. Abordagem diagnóstica.....	20
6.2. Abordagem terapêutica	22
7. DURAÇÃO DA PROFILAXIA SECUNDÁRIA	23
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24

1. FOLHA DE ROSTO *(deverá permanecer na capa plástica inicial do prontuário)*

**Programa Multiprofissional de Atenção à Criança e ao Adolescente com
Febre Reumática (ATR2)**

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Responsáveis: _____

Critérios diagnósticos: () Cardite Lesão: _____

() Coreia

() Artrite

Data de diagnóstico: ____/____/____

1ª consulta reumatologista: ____/____/____

Reavaliação: 3 meses - Data: ____/____/____

Adesão à profilaxia: Paciente _____ Pais _____ pai/mãe ou responsável

Metas do paciente / terapêuticas alcançadas: _____

Medicação em uso: _____

Observações relevantes: _____

Reavaliação: 6 meses - Data: ____/____/____

Adesão à profilaxia: Paciente _____ Pais _____

Metas do paciente / terapêuticas alcançadas: _____

Medicação em uso: _____

Observações relevantes: _____

2. ANAMNESE

Identificação:

Nome:

Data do nascimento: ____ / ____ / ____ Idade:

Gênero (sexo):

Peso: Altura: IMC:

Naturalidade: Procedência:

Mãe (nome e idade):

Pai (nome e idade):

Informante:

Queixa principal:

Histórico clínico:

Detalhamento da queixa principal.

História patológica pregressa:

Doenças anteriores, internações, cirurgias e medicamentos utilizados.

História patológica familiar:

Constituição familiar:

Mãe: idade, estado de saúde, doenças anteriores.

Pai: idade, estado de saúde, doenças anteriores.

Consanguinidade:

Irmãos: idade, estado de saúde, doenças anteriores.

Familiares: avaliar estado de saúde dos familiares (idades dos familiares ou *causa mortis* e idade ao morrer), pessoas da família com sintomas semelhantes aos apresentados pelo paciente e doenças comuns na família (neoplasias, alergias, acidente vascular encefálico, tuberculose, asma, cardiopatias, hipertensão arterial, morte súbita, transtornos mentais, hemopatias, diabetes, obesidade, entre outras).

História da gestação, parto e nascimento:

Mãe: G ____ P ____ A ____

Pré-natal e condições de gestação: gravidez desejada e/ou planejada ou não, planejamento familiar, número de consultas, ganho de peso, saúde, complicações, vitaminas, repouso, infecções, medicamentos, realização de exames sorológicos (STORCH) e tipagem sanguínea (ABO-Rh).

Nascimento: condições de nascimento e intercorrências.

Tipo de parto:

Idade gestacional (semanas): () pré-termo () a termo () pós-termo

Apgar (1º/5º min):

Peso (g):

Comprimento (cm):

PC (cm):

História neonatal:

Intubação, cateterismo umbilical, icterícia, entre outros.

Testes:

Pezinho: _____ Orelhinha: _____ Olhinho: _____

Coraçãozinho: _____ Alerta amarelo: _____

História do desenvolvimento:

Neuropsicomotor: sorriso social, sustentar a cabeça, rolar na cama, sentar sozinho, engatinhar, ficar em pé com apoio e sem apoio, andar, primeiras palavras, controle dos esfíncteres (vesical e anal).
Dentição (dentes e idade).

História imunológica (vacinas):

Imunizações: calendário e reações (avaliar cartão de vacinas).

História socioeconômica:

Condições de moradia (material e número de cômodos), saneamento básico (fossa, sumidouro ou ausente), número de pessoas na habitação, quantas pessoas trabalham na família, quem é o provedor da família, renda familiar, relacionamento familiar, religião e crenças, escolaridade e formação, profissão e escolaridade dos pais.

Padrão de sono (qualitativo e quantitativo).

Contato com animais domésticos (vacinas).

Contatos com vetores ou presença em área endêmica de doenças infecciosas ou parasitárias.

Higiene dentária: faz profilaxia indo ao odontólogo?

Atividade física e lazer: tipo, duração e frequência semanal.

Tempo de tela.

Comportamento (socialização, agressividade, passividade, negativismo).

Para os adolescentes, acrescentar:

Ambiente familiar.

Escola/trabalho.

Puberdade, menarca, características do ciclo e fluxo menstrual (regularidade, frequência, duração e volume).

Sexualidade.

Coitarca.

Vida sexual (ativa ou não; orientação sexual; parceiros; cuidados contraceptivos; uso de proteção contra doenças sexualmente transmissíveis).

Tabagismo e uso de substâncias psicoativas (saúde mental).

Álcool e drogas ilícitas.

Segurança.

Revisão de sistemas:

Estado geral: alterações de peso, febre, astenia, calafrios, sudorese excessiva.

Pele e anexos: alterações de cor, prurido, lesões, cicatrizes, nódulos, áreas de perda de sensibilidade, alterações nos cabelos, pelos e unhas, *acantose nigricans*, estrias.

Linfonodos: dor, aumento e cadeias envolvidas.

Cabeça: cefaleia, tonturas, traumatismos e vertigens.

Olhos: dor, diminuição ou perda da visão, vermelhidão, lacrimejamento excessivo, sensação de corpo estranho, sensação de ressecamento (xeroftalmia), turvação visual, diplopia (visão dupla), escotomas (manchas ou pontos escuros no campo visual), fotofobia (hipersensibilidade à luz), secreções oculares.

Ouvidos: otalgia, otorreia, otorragia, zumbidos, perda auditiva, vertigens.

Nariz e cavidades paranasais: dor, rinorreia, epistaxe, obstrução nasal, prurido, espirros frequentes, dispneia, hiposmia ou anosmia do olfato.

Cavidade oral: dor de garganta, dor de dente, dor na língua, odinofagia, disfagia, xerostomia, halitose, gengivorrarias, úlceras orais, pigarros, roncos.

Pescoço – tireoide/laringe: dor, limitação de movimento, aumento da tireoide, tumorações, disфонia, afonia, tosse, dispneia.

Mamas: dor, nódulos, secreções, inflamação, alterações de volume e alterações mamilares.

Sistema respiratório: dor torácica, dor tipo pleurítica, dispneia, cianose, tosse, expectoração, hemoptise, roncos e sibilos.

Sistema cardiovascular: dor, desconforto precordial ou retroesternal, palpitação, dispneia e relação com o esforço, ortopneia, dispneia paroxística noturna, desmaios, edema, cianose, astenia, sibilos, varizes de membros inferiores, claudicação intermitente.

Sistema digestório: dor abdominal, pirose, diminuição ou aumento do apetite, disfagia, azia, empachamento ou dor pós-prandial, náuseas, vômitos, regurgitação, eructação, flatulência, hematêmese, enterorragia, hematoquezia, melena, icterícia, acolia fecal, diarreia, constipação, esteatorreia, tenesmo, prurido anal, hemorroidas, eliminação de parasitos, hérnias, alterações da forma ou do volume abdominal.

Sistema urinário: cólica renal, polaciúria, poliúria, nictúria, noctúria, oligúria, hesitação miccional, urgência miccional, disúria, estrangúria, retenção urinária, incontinência urinária, hematúria, albuminúria, piúria, edema facial, eliminação de cálculo renal, mau cheiro da urina.

Aparelho genital feminino: dismenorreia, alterações no intervalo dos ciclos (oligomenorreia, polimenorreia), na duração (hipermenorreia, hipomenorreia), aumento no fluxo menstrual (menorragia) ou ciclos irregulares (metrorragia), cólicas, corrimentos, dispareunia, diminuição da libido, prurido vulvar, lesões genitais. Masculino: dor nos testículos, modificação na bolsa escrotal, secreção uretral, impotência sexual, hemoespermia, diminuição da libido.

Sistema endócrino: intolerância ao calor ou ao frio, exoftalmia, polifagia, polidipsia, poliúria, hirsutismo, insônia, sonolência, aumento ou diminuição de peso, alterações menstruais, constipação, pele seca, sudorese excessiva, tremores, rouquidão, macroglossia, galactorreia.

Aparelho locomotor: artralgia, mialgia, dor óssea, lombalgia, dor cervical, fraqueza muscular, edema, calor ou rubor articular, crepitações, deformidades, rigidez matinal, limitação de movimentos, claudicação, câimbras.

Sistema hematopoiético: astenia, tonturas, palidez, petéquias, equimoses, hematomas, gengivorragias, hematúria, icterícia.

Sistema nervoso: perda da consciência, convulsões, distúrbios do sono, paresias, paralisias, movimentos incoordenados, alterações da marcha, anestésias, disestesias, parestesias, neuralgias ou radiculalgias, tremores, cefaleia, tontura, vertigem, diminuição da memória, afasia, disartria.

Estado mental: dificuldades de atenção, orientação ou memória, alterações frequentes do humor ou afetividade, alucinações, fobias, socialização, lazer.

3. EXAME FÍSICO

Peso (Kg):	Percentil:	Esc-z:
Estatura (cm):	Percentil:	Esc-z:
IMC (Kg/m ²):	Percentil:	Esc-z:

Sinais vitais: FC: _____ FR: _____ Tax: _____ PA: _____

Ectoscopia:

Estado/impressão geral:

Fácies:

Pele/mucosas: Eritema marginado: () sim () não Local: _____
Nódulos subcutâneos: () sim () não Local: _____
Vasculite: () sim () não Local: _____

Linfonodos:

Cabeça e pescoço:

Tireoide:

Otoscopia:

Oroscopia:**Semiologia cardíaca:**

Sopro: () sim () não Tipo: _____

Atrito pericárdico: () sim () não

Frêmito: () sim () não

Ictus: Localização: _____ Polpas digitais: _____

Pulsos periféricos

Semiologia pulmonar:**Semiologia do abdômen:****Extremidades:**

Artralgia () sim () não Local: _____

Artrite: () sim () não Local: _____

Entesite: () sim () não Local: _____

Exame neurológico:

Língua serpentiginosa: () sim () não

Sinal da pronação: () sim () não

Sinal da colher: () sim () não

Sinal da ordenha: () sim () não

Prova índice naso: () Alterado () Normal

Disdiadocinesia: () Alterado () Normal

Marcha: () Alterado () Normal

Força Muscular: () Alterada () Normal

Escrita e desenho:

Data:	
-------	--

4. SOLICITAÇÃO DOS EXAMES NA ADMISSÃO

Hemograma

Curva de ASLO

VHS

Proteína C-reativa

Alfa 1 glicoproteína ácida

Lipidograma

Glicemia de jejum

TGO, TGP

Ureia, creatinina

Eletrólitos

FAN (se tiver coreia de Sydenham)

Anticoagulante lúpico e anticardiolipina IgG e IgM (se tiver coreia de Sydenham)

Ecocardiograma

Eletrocardiograma

Radiografia de tórax

Tomografia ou ressonância de crânio (se tiver coreia de Sydenham)

5. REUNIÕES DE GRUPO

As reuniões do Grupo de Reumatologia do HCB têm periodicidade mensal, na última segunda-feira de cada mês, dirigidas pela Psicologia e pelo Serviço Social. Os temas são definidos conforme a demanda da reunião prévia.

6. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A febre reumática (FR) é uma complicação não supurativa da faringoamigdalite causada pelo *Streptococo Beta-Hemolítico do Grupo A de Lancefield (EBGA)*. Decorre da resposta imune tardia à infecção por algumas cepas desse patógeno e se desenvolve apenas em indivíduos geneticamente suscetíveis, que representam em média 3%-5% da população. Caracteristicamente, a inflamação acomete os tecidos cardíaco, articular, nervoso, cutâneo e subcutâneo. É uma doença associada a condições socioeconômicas desfavoráveis, sendo considerada um problema de Saúde Pública nos países em desenvolvimento, como o Brasil.

A FR acomete principalmente crianças e adultos jovens, na faixa dos cinco aos 15 anos de idade. A mais temível manifestação é a cardite, que pode evoluir para a cardiopatia reumática crônica (CRC), muitas vezes incapacitante em fases precoces da vida e considerada a principal causa de cardiopatia adquirida em crianças e adultos jovens nos países em desenvolvimento.

Na patogenia da FR estão envolvidas estruturas da célula do EBGA, sendo a proteína M da parede celular o fator de virulência mais antigênico. Atualmente, há 80 sorotipos reconhecidos, sendo alguns mais reumatogênicos, como o M1 e o M6. Em relação aos fatores de suscetibilidade genética, a doença está associada aos antígenos HLA da classe II - o alelo HLA-DR7 é o mais frequentemente encontrado. A teoria imunológica estipula que, devido ao mimetismo molecular entre a proteína M e as proteínas do tecido humano, desencadeia-se uma resposta imune celular e humoral cruzada que deflagra a doença.

6.1. Abordagem diagnóstica

O diagnóstico da FR é clínico, não existindo sinal patognomônico ou exame específico, o que o torna difícil de ser realizado com certeza. Os Critérios de Jones estabelecidos em 1944 e modificados em 1992, são considerados o “padrão ouro” para o diagnóstico do primeiro surto da FR. A probabilidade de FR é alta quando há dois critérios maiores ou um maior e dois menores na presença de infecção estreptocócica prévia. Esses critérios foram recentemente revisados pela American Heart Association (Tabela 1), que passou a adotar critérios diferenciados conforme as populações classificadas em baixo, médio ou alto risco, incluindo a monoartrite aguda e poliartralgia aguda como critérios maiores, e a monoartralgia aguda e elevação da VHS acima de 30mm como critérios menores, em populações de moderado e de alto risco. Para o diagnóstico das recorrências da FR em pacientes com CRC estabelecida, são utilizados os critérios da OMS de 2004 (Tabela 2).

Tabela 1. Critérios de Jones modificados (1992) e revisados pela AHA (2015)

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
Coreia	Coreia	Coreia
Nódulos subcutâneos	Nódulos subcutâneos	Nódulos subcutâneos
Eritema marginado	Eritema marginado	Eritema marginado
Critérios menores		
Febre	Febre	Febre
Artralgia	Poliartralgia	Monoartralgia
Provas de atividade inflamatória elevadas	VHS ≥ 60 mm e/ou PCR ≥ 3.0 mg/dL	VHS ≥ 30 mm e/ou PCR ≥ 3.0 mg/dL
Aumento de PR no ECG	Aumento de PR no ECG	Aumento de PR no ECG
EVIDÊNCIAS DE ESTREPTOCOCCIA RECENTE		
Cultura positiva da orofaringe para <i>Streptococo</i> β -Hemolítico do Grupo A.		
Títulos elevados de ASLO ou outro anticorpo estreptocócico, teste rápido para antígenos do estreptococo, escarlatina recente.		
O diagnóstico será positivo para FEBRE REUMÁTICA se houver a presença de dois critérios maiores ou de um critério maior e dois menores, se acompanhados de evidência de infecção estreptocócica anterior.		
<i>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</i>		

VHS: Velocidade de hemossedimentação; PCR: proteína C reativa; ECG: eletrocardiograma; ASLO: antiestreptolisina O.

Tabela 2. Critérios da OMS (2004) para o diagnóstico do primeiro surto, recorrência e cardiopatia reumática crônica (baseado nos Critérios de Jones modificados)

Categorias diagnósticas	Critérios
Primeiro episódio de febre reumática.*	Dois critérios maiores ou um maior e dois menores mais a evidência de infecção estreptocócica anterior.
Recorrência de febre reumática em paciente sem doença cardíaca reumática estabelecida.†	Dois critérios maiores ou um maior e dois menores mais a evidência de infecção estreptocócica anterior.
Recorrência de febre reumática em paciente com doença cardíaca reumática estabelecida.	Dois critérios menores mais a evidência de infecção estreptocócica anterior.‡
Coreia de Sydenham. Cardite reumática de início insidioso.†	Não é exigida a presença de outra manifestação maior ou evidência de infecção estreptocócica anterior.
Lesões valvares crônicas da CRC: diagnóstico inicial de estenose mitral pura ou dupla lesão de mitral e/ou doença na valva aórtica, com características de envolvimento reumático. §	Não há necessidade de critérios adicionais para o diagnóstico de CRC.

*Pacientes podem apresentar apenas poliartrite ou monoartrite + três ou mais sinais menores + evidência de infecção estreptocócica prévia. Esses casos devem ser considerados como febre reumática provável” e orientados a realizar profilaxia secundária, sendo submetidos a avaliações cardiológicas periódicas; †Endocardite infecciosa deve ser excluída; ‡ Alguns pacientes com recidivas não preenchem esses critérios; §Cardiopatia congênita deve ser excluída.

Fonte: OMS 2004 ou adaptado de WHO Technical Report Series 923, *Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease*, Geneva 2001 .

CRC: cardiopatia reumática crônica

O isolamento do estreptococo do grupo A nas vias aéreas superiores pode representar infecção ou condição de portador sadio, mas apenas nos casos de infecção há elevação de anticorpos como antiestreptolisina O (ASLO). Apesar disso, até 20% dos pacientes com FR não cursam com elevação da ASLO. É importante ressaltar que 30% das infecções pelo EBGA são subclínicas, resultando na não procura de atendimento médico. O diagnóstico correto permite o tratamento adequado e a prevenção primária da FR. O diagnóstico diferencial deve ser feito com as infecções virais, responsáveis por 80% dos casos das infecções das vias aéreas superiores. A comprovação laboratorial da infecção pode ser feita por cultura de orofaringe, teste rápido para a detecção de antígeno e por exames sorológicos. Os mais utilizados são a ASLO e a anti-DNaseB. A elevação da ASLO se inicia no 7º dia após a infecção e atinge o pico entre a 4ª e a 6ª semana, podendo ficar elevada por até um ano. Recomenda-se a realização de duas dosagens de ASLO com intervalo de 15 dias, para que se identifique a curva ascendente.

A artrite é a manifestação mais comum da FR (75%), com evolução autolimitada e sem sequelas. Tipicamente, se inicia duas a três semanas após a faringoamigdalite, evolui de forma assimétrica e migratória, afetando preferencialmente as grandes articulações dos membros inferiores, com excelente e rápida resposta aos antiinflamatórios não-esteroidais (AINEs). Em 20% dos casos, ocorrem apresentações atípicas, com artrite aditiva, monoartrite ou acometimento de pequenas articulações e da coluna vertebral. O uso precoce de AINEs pode ser responsável por descaracterizar a evolução da artrite e deve ser evitado.

A cardite é a manifestação mais grave da FR. Ocorre em 40%-70% dos primeiros surtos e tende a aparecer de forma precoce, normalmente nas três primeiras semanas. Caracteriza-se por uma

pancardite, mas é o envolvimento endocárdico valvar que dita o prognóstico, acometendo com maior frequência as valvas mitral e aórtica. A cardite subclínica é encontrada em pacientes com artrite isolada e/ou coreia pura, sem sopro, mas com um padrão patológico de regurgitação ao ecocardiograma. A cardite pode ser dividida em leve, moderada e grave.

A coreia de Sydenham (5%-36%) ocorre principalmente em adolescentes do sexo feminino, com início insidioso de labilidade emocional e fraqueza muscular. Caracteriza-se por movimentos rápidos, involuntários e incoordenados, podendo predominar em um dimídio ou ser global, que desaparecem durante o sono e se acentuam em situações de estresse. O surto dura de dois a três meses, mas pode chegar a um ano. Pode ocorrer isoladamente, mas está frequentemente associada à cardite. Normalmente é uma manifestação tardia, ocorrendo meses após a infecção estreptocócica. Quando ocorre isoladamente, outras causas de coreia, como Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil (LESJ), devem ser excluídas.

O eritema marginado e os nódulos subcutâneos são manifestações raras – este último é fortemente associado à cardite grave. Em relação aos critérios menores, a artralgia, se associada à artrite, não pode ser considerada como critério menor. A febre é frequente no início do surto, sem padrão característico. O aumento do intervalo PR pode estar presente em pacientes com FR, mesmo na ausência de cardite e também em indivíduos normais. As provas de atividade inflamatória (VHS, PCR, alfa-1-glicoproteína ácida) auxiliam a monitorizar o processo inflamatório e a remissão da inflamação.

Dentre os exames complementares, sempre solicitar: ecocardiograma, eletrocardiograma e radiografia de tórax. A cintilografia miocárdica com gálio deve ser solicitada sempre que possível, pois ajuda a identificar e quantificar o processo inflamatório agudo do miocárdio.

6.2. Abordagem terapêutica

Os objetivos gerais são: suprimir a inflamação, erradicar o EBG da orofaringe e aliviar os sintomas. A internação está indicada nos casos de cardite moderada-grave, artrite incapacitante e na coreia que interfere de forma importante nas atividades habituais do paciente. O repouso relativo está recomendado na FR aguda, por duas a quatro semanas, e o retorno às atividades habituais deve ocorrer gradativamente, conforme melhora clínica e normalização das provas de atividade inflamatória.

Profilaxia primária:

Droga	Dose	Posologia/via	Duração tratamento
Penicilina benzatina	600.000UI < 20Kg 1.200.000UI ≥ 20Kg	Uma vez - IM	Dose única
Amoxicilina	50mg/kg/dia	8/8h - VO	Dez dias
Azitromicina (alérgicos à penicilina)	20mg/kg/dia	Uma vez ao dia - VO	Três dias

Fonte: Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática - 2009.

Profilaxia secundária:

Droga	Dose	Posologia/via
Penicilina benzatina	600.000UI < 20Kg 1.200.000UI ≥ 20Kg	A cada 21 dias - IM
Sulfadiazina (alérgicos à penicilina)	500 mg < 30kg 1g ≥ 30kg	Uma vez ao dia – VO
Eritromicina (alérgico à sulfa)	250mg	12/12 h - VO

Fonte: Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática - 2009.

Cardite reumática crônica:

Droga	Dose	Posologia/via	Duração
Prednisona ou prednisolona	1-2mg/kg/dia	Uma vez ao dia – VO	12 semanas
Metilprednisolona	30mg/kg/dose	Uma vez ao dia - EV	Três dias

Fonte: Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática - 2009.

Coreia de Sydenham

Droga	Dose	Posologia/via	Duração
Haloperidol	1 – 5mg/dia	Uma vez ao dia – VO	Três meses
Ácido Valpróico	10 – 30mg/kg/dia	8/8h - VO	Três meses
Carbamazepina	7 – 20mg/kg/dia	8/8h – VO	Três meses
Prednisona ou prednisolona	1 – 2mg/kg/dia	Uma vez ao dia – VO	Três meses

Fonte: Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática - 2009.

7. DURAÇÃO DA PROFILAXIA SECUNDÁRIA

Tipo de lesão cardíaca	Duração da profilaxia
Cardite prévia, insuficiência mitral leve residual ou resolução de lesão valvar	Até 25 anos ou por dez anos após o último surto
Lesão valvar residual moderada a severa	Até os 40 anos ou por toda a vida
Após cirurgia valvar	Por toda a vida

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CASSIDY, J.T.; ALSAEID, K. *Acute Rheumatic Fever and Post-Streptococcal Reactive Arthritis*. In: CASSIDY, J.T.; LAXER, R.M.; PETTY, R.E.; LINDSLEY, C.B. *Textbook of Pediatric Rheumatology*. 6th ed., Canada, 2015. pg. 600-25.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. *Diretrizes Brasileiras para o diagnóstico, tratamento e prevenção da Febre Reumática*. Arq. Bras. Cardiol. 2009; 93 (3 supl.4): 1-18.
3. RHDAUSTRALIA, NATIONAL HEART FOUNDATION OF AUSTRALIA, CARDIAC SOCIETY OF AUSTRALIA AND NEW ZEALAND. *The Australian Guideline for prevention, diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease*. 2th ed. 2012.
4. COSTA, L.P.; DOMICIANO, D.S.; PEREIRA, R.M.R. *Características demográficas, clínicas, laboratoriais e radiológicas da Febre Reumática no Brasil: revisão sistemática*. Rev. Bras. Reumatologia, 2009;49(5):606-16.
5. PEIXOTO, A.; LINHARES, L.; SCHERR, P.; XAVIER, R.; SIQUEIRA, L.S.; PACHECO, J.T., et al. *Febre Reumática: revisão sistemática*. Rev. Bras. Clin. Med. São Paulo, 2011 mai-jun; 9(3):234-8.
6. GEWITZ, M.H.; BALTIMORE, R.S.; TANI, L.Y.; SABLE, C.A.; SHULMAN, S.T.; CARAPETIS, J., et al. *Revision of the Jones Criteria for the diagnosis of Acute Rheumatic Fever in the era of Doppler Echocardiography*. Disponível em: < <http://circ.ahajournals.org/>>. Acesso em: 11 set. 2016.
7. GUERINO, M.T.; POSTOL, E.; DEMARCHI, L.M.F.; MARTINS, C.O.; MUNDEL, L.R.; KALIL J., et al. *HLA class II transgenic mice develop a safe and long lasting immune response against StreptIncor, an anti-group A streptococcus vaccine candidate*. Vaccine. Volume 29, Issue 46, 26 October 2011, 8250-56.
8. ZAPITELLI, M.C.; BORDIN, I.A.S.; DEL-PORTO, J.A. *Aspectos psicopatológicos relacionados à coreia de Sydenham*. Órgão Oficial do Centro de Estudos – Departamento de Psiquiatria – UNIFESP/EPM. Artigo baseado em tese de mestrado (*Morbidade psiquiátrica em pacientes com coreia de Sydenham: um estudo descritivo*), UNIFESP/EPM, 2000.
9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O uso da penicilina na atenção básica à saúde e demais unidades do Sistema Único de Saúde*. Portaria nº 156, de 19 de janeiro de 2006.
10. FEBRÔNIO, M.V.; SOUSA, R.O.A.L. *Febre Reumática*. In: SILVA, C.A.V. *Doenças Reumáticas na Criança e no Adolescente*. Coleção Pediatria do Instituto da Criança HC-FMUSP. 2ª Edição. Editora Manole. São Paulo, 2010. Pgs. 146-64.



Sistema Único de Saúde (SUS) | Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)

Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB)
SAIN Lote 4B, Asa Norte - Brasília/DF - CEP 70.071-900

www.hcb.org.br
3025-8350