

A FEBRE REUMÁTICA E O QUE ENTENDEMOS SOBRE ELA

Data de aceite: 01/12/2022

Danielle Freire Gonçalves

Joao Vitor de Menezes Santos

Maria Lohane Castilho de Almeida

Cintha Clotilde Veras Neves dos Santos

Thalia Siqueira de Souza

Mariana Fernandes Ferreira

Cassio Kenzo Câmara Yamada

Mateus Costa de Albuquerque Barata

Joaquim Junior Barros Carneiro

Carlos Gabriel Correia Fernandes

Katiuce Wannny Rodrigues Montel Machado

Tamara de Souza Silva

Natalia Santos Mesquita

Walquiria Magalhães Balieiro

Vitória Suriani Gomes

Daniele Lima da Costa

INTRODUÇÃO

A Febre Reumática (FR) consiste em uma doença autoimune, desencadeada por conta de uma resposta imune do hospedeiro que tenha predisposição genética para a patologia, e que tenha o processo de faringotonsilite, acusada por *Streptococcus beta-hemolítico* do grupo A. Sendo uma infecção que adquirira e previsível que atinge principalmente a população infanto-juvenil. Se tratando de uma doença que atinge diversos órgãos e tecidos, como o coração, vasos, articulações, pele e sistema nervoso, sendo o principal órgão que é lesionado é o coração, com lesões nas valvas mitral e aórtica. Com maior prevalência em crianças em fase escolar, entre 5 e 15 anos.

A Coreia de Sydenham (CS) ou Coreia Reumática é um distúrbio do movimento, mais prevalente entre os jovens, com idade média para início de sintomas entre 8 e 9 anos de idade e sendo mais comum no sexo feminino. A CS está associada à Febre Reumática

e é considerada a causa mais comum de coreia aguda em crianças. Apesar de existir tratamento com bom prognóstico e qualidade de vida no seguimento do paciente, ainda é uma doença negligenciada e pouco referenciada na literatura, além de não estar na base teórica de todos os profissionais de saúde. Assim sendo, a Coreia de Sydenham deve ser bem estudada para que se possa identificar e tratar o mais precocemente os pacientes com esse distúrbio e, dessa forma, garantir-lhes uma melhor situação de vida.

Esse trabalho tem como objetivo principal pesquisar, analisar e sintetizar pesquisas científicas com relevância acadêmica acerca da Mitigação da febre reumática no Brasil. Além disso, tem como objetivo secundário auxiliar futuras pesquisas acerca da temática proposta.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa secundária, no formato de revisão de literatura. Utilizando as literaturas disponíveis nas bases de dados, sendo elas: Scielo, Pubmed, Periodicos Capes e Medline. Além disso, utilizou-se de preferência artigos dos últimos cinco anos (2018-2022), publicados nos idiomas português ou inglês.

A revisão de literatura é um estudo com método sistemático, com o intuito explicativo que identifica, avalia e sintetiza os estudos pre-existentes, já publicados e disponibilizados em bases de dados. Além disso, tem como pontos-chaves: definição dos objetivos dos estudos, procura sistemática de pesquisas, identificar trabalhos de relevância científica, avaliar os resultados e sintetizar os achados (Sousa, 2018).

SINTOMAS

Os sintomas articulares são: dor e inchaço de articulações, como joelhos, cotovelos, tornozelos e punhos, que têm um padrão migratório, ou seja, esta inflamação pode alternar de uma articulação para outra, e pode durar até 3 meses; os sintomas cardíacos são: falta de ar, cansaço, dor no peito, tosse, inchaço nas pernas e sopro cardíaco podem ser causados devido a inflamação das válvulas e músculos do coração; os sintomas neurológicos são: movimentos involuntários do corpo, como levantar braços ou pernas sem a pessoa querer, sendo essas manifestações neurológicas conhecidas como coreia. Também pode acontecer a oscilação constante do humor, fala arrastada e fraqueza muscular; os sintomas da pele são: nódulos sob a pele ou manchas avermelhadas.

O tratamento para a FR é tratada com a utilização da antibioticoterapia, com o esquema de administração de Penicilina G Benzatina em nove dias após o início dos sintomas, para erradicar a infecção e evitar um surto agudo.

QUESTÕES SOCIAIS

Por se tratar de uma patologia relacionada a questões sociais, pôde-se analisar uma maior prevalência em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos. Além disso, em locais mais pobres, há uma maior dificuldade de erradicar a FR por conta da demora e imprecisão dos achados diagnósticos.

Com a falta de diagnóstico rápido e de ações preventivas a incidência de quadros mais graves aumenta, que resultam limitações físicas e sociais por conta da evolução do quadro clínico. Com correlação direta ao grau extremo de pobreza, por conta da desnutrição, nas péssimas condições de higiene, locais insalubres e super-lotados que são fatores favoráveis para o aparecimento de doenças.

MANIFESTAÇÕES

A manifestação mais frequentes é a artrite que se caracteriza por dor intensa, que dificulta o caminhar, e por inchaço e calor discretos. As articulações mais acometidas são os joelhos e tornozelos. É comum a dor e as outras alterações passarem de uma articulação para outra permanecendo de 2 a 3 dias em cada uma. A simples presença de dor em uma ou mais articulações ou nas pernas e sem as outras alterações (inchaço e calor), não é um sinal da doença. A segunda manifestação da Febre Reumática é o comprometimento do coração (cardite) caracterizado por inflamação nas três camadas (na membrana que o reveste, no músculo e no tecido que recobre as válvulas). Clinicamente nós identificamos esse comprometimento pelo sopro cardíaco, pelo aumento da frequência dos batimentos do coração e pelas queixas de cansaço e fadiga aos esforços. Este é o comprometimento mais importante porque pode deixar seqüelas e limitar a vida do paciente. A terceira manifestação é a Coréia que se caracteriza por fraqueza nos braços e pernas, por sensibilidade emocional (a criança se torna mais irritada e chorona) e por movimentos dos braços e pernas que pioram quando a criança fica tensa e desaparecem durante o sono. É importante saber que esta manifestação da febre reumática pode vir isolada (sem a artrite e/ou cardite) e meses após o quadro da infecção de garganta.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é realizado através das queixas que a criança vem apresentando nos últimos dias, ou seja, da presença de dor e inchaço nas articulações, do sopro cardíaco e/ou da coréia associada às alterações nos exames de sangue que podem comprovar a presença de inflamação: velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa (PCR) e alfa glicoproteína. A presença de infecção de garganta antes do início das alterações articulares ou cardíacas é muito importante para o raciocínio do médico que poderá comprová-la através da dosagem da anti estreptolisina O (ASLO).

CONCLUSÃO

Por conta da interferência dos aspectos sociais, faz-se necessário a mitigação dos sintomas na fase inicial da doença, antes da disseminação da doença por todo o aparelho digestório. Além disso, o diagnóstico precoce é indubitavelmente necessário para a definição do plano terapêutico.

Ademais, é necessário mais estudos sobre a síndrome inflamatória intestinal, pois durante a pesquisa nas bases de dados não foi encontrado materiais recentes com alta relevância para a comunidade científica. Para isso, faz-se necessário o incentivo e criação de políticas públicas para as pesquisas.

REFERÊNCIAS

ÁLVAREZ, M. B.; ESPADA, G. Síndrome Inflamatorio Multi Sistémico Asociado a COVID 19 en Pediatría. Revista argentina de reumatología, v. 31, n. 4, p. 20-24, 2020.

EL MOUZAN, Mohammad I. et al. Incidence of pediatric inflammatory bowel disease in Saudi Arabia: a multicenter national study. Inflammatory bowel diseases, v. 20, n. 6, p. 1085-1090, 2014.

LIMA, Camila Gabriele Brandão et al. INTERFERÊNCIA ALIMENTAR NOS DISTÚRBIOS GASTROINTESTINAIS PRESENTES NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde, 2022.

PENATTI, Debora Avellaneda. Características clínico-patológicas e evolução da doença inflamatória intestinal idiopática de início muito precoce na infância: análise de uma série de casos. 2020.

RAHMAN, Adam et al. Double-balloon enteroscopy in Crohn's disease: findings and impact on management in a multicenter retrospective study. Gastrointestinal endoscopy, v. 82, n. 1, p. 102-107, 2015.

SARTOR, R. Balfour. Microbial influences in inflammatory bowel diseases. Gastroenterology, v. 134, n. 2, p. 577-594, 2008.

SOUSA, Luís Manuel Mota et al. Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, v. 1, n. 1, p. 45-54, 2018.

VAN LIMBERGEN, Johan et al. Definition of phenotypic characteristics of childhood-onset inflammatory bowel disease. Gastroenterology, v. 135, n. 4, p. 1114-1122, 2008