

Artigo original

FEBRE REUMÁTICA: REVISÃO DA LITERATURA ACERCA DA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE E MINIMIZAÇÃO DE COMPLICAÇÕES SOB A ÓTICA DA ENFERMAGEM

Erika Acioli Gomes Pimenta¹

Fabiana Pires Rodrigues de Almeida²

Izamara dos Santos Nogueira Martins²

Janaína Silva Almeida²

RESUMO

A febre reumática é uma doença auto-imune por desenvolver uma agressão ao organismo contra os constituintes normais, ocorrendo com uma maior frequência entre os 03 e 15 anos de idade. Se não tratada adequadamente pode se desenvolver com cronicidade e seqüelas. É descrita como uma complicação tardia, de natureza inflamatória, decorrente de uma infecção das vias aéreas superiores, produzida pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A. A partir da revisão da literatura realizada entendemos que é de suma importância a tomada de medidas profissionais imediatas para detectar o diagnóstico preciso a respeito dos achados, tanto clínico como laboratoriais, desde o período da infecção, viabilizando um tratamento específico e de qualidade, objetivando a minimização dos riscos de seqüelas.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem. Febre Reumática. Estreptococcus Beta-Hemolítico do Grupo A.

INTRODUÇÃO

A febre reumática (FR) é uma doença auto-imune, conseqüente a uma infecção das vias respiratória alta, causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A (EBHGA) e que acomete preferencialmente os tecidos cardíacos, articular, neurológico, cutâneo e subcutâneo (MARCONDES *et al.*, 2003).

A incidência de febre reumática aguda, subseqüente, a infecção estreptocócica, varia de acordo com a severidade da mesma, oscilando entre 0,3 e 3% (ALVES; FERREIRA; MAGGI, 2004). Mundialmente estimam-se em quinze a vinte milhões de novos casos de FR por ano (LEÃO *et al.*, 2005).

A idade do pico de incidência da patologia em crianças é entre cinco e quinze anos, a faixa etária de maior risco para faringite por estreptococos do grupo A. Contudo, tanto os casos primários quanto os recorrentes, podem também acometer os adultos (BEHRMAN; KLIEGMAN; JENSON, 2005).

¹ Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa-PB. E-mail: ericaacioli@hotmail.com

² Aluna do 8º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa-PB. Rua Sebastião Avalino da Rocha, n. 1600, Bancários. João Pessoa-PB. Tels.: (83) 3235-5196/9901-1518. E-mail: biana.pires@bol.com.br

A respeito das manifestações clínicas, incluem: poliartrite, cardite, nódulos subcutâneos, eritema marginado e coréia em condições variáveis. Em sua forma clássica o transtorno é agudo, febril e amplamente autolimitado. No entanto, os danos às valvas cardíacas podem ser crônicos e progressivos, acarretando, em alguns casos, disfunção cardíaca ou óbito, anos após o episódio inicial. Uma vez identificada a causa, o tratamento inicia-se com a erradicação da infecção pelo estreptococo e depois procede com o tratamento sintomático, repouso e a profilaxia secundária (ALVES; FERREIRA; MAGGI, 2004).

A baixa condição socioeconômica é uma condição que favorece o desenvolvimento da doença, pois, segundo Behrman; Kliegman; Jenson (2005), essa informação dá-se principalmente porque a aglomeração de pessoas contribui para a disseminação das infecções por estreptococos do grupo A, fato esse bem representado em centros urbanos. Assim, em nosso meio, a FR pode ser considerada um problema de saúde pública, particularmente no Norte e Nordeste do país (MURAHOVSKI, 2006).

A FR gera grandes gastos com a saúde por se tratar de doença crônica que necessita de acompanhamento clínico ou mesmo tratamento cirúrgico para reparo ou substituição valvar (MEIRA; GOULART; MOTTA, 2006).

Por ser uma doença crônica, implica em modificações na vida da criança/adolescente, de modo que a família precisa reorganizar as suas atividades, para adequar-se às novas demandas que surgem concomitantes à patologia. As internações recorrentes, muitas vezes, são vistas pela família como óbices e não como meio de cuidado. Essa concepção está relacionada à falta de informações da família acerca da doença.

Diante da questão apresentada, esta pesquisa teve o objetivo de realizar um resgate na literatura acerca da patologia, com o intuito de aprofundar os nossos conhecimentos e obter subsídios para realizar uma assistência de enfermagem voltada às necessidades ampliadas de saúde da criança/adolescente portadora de FR e a sua família.

DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica que, segundo Marconi e Lakatos (2006), parte de um levantamento de bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. Gil (2002) ressalta que a principal vantagem da pesquisa biblio-gráfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Essa vantagem se torna particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço.

A etapa de operacionalização iniciou com a escolha de um tema de interesse dos pesquisadores e que estivesse relacionado ao campo profissional. Segundo Gil (2002), a escolha do tema deve estar relacionada ao interesse do aluno.

De posse de material relevante ao tema, encontrados a partir de palavras-chave, a saber, febre reumática, doença reumática, assistência à criança, doença crônica infantil, infância, assistência de enfermagem, enfermagem pediátrica, realizamos leituras sucessivas que constituíram as etapas seletiva e analítica que nos possibilitaram aprofundamento no tema, para realizarmos a discussão da idéia, visando a atingir aos objetivos propostos. O levantamento bibliográfico foi realizado no período de 22 de setembro de 2006 a junho de 2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A febre reumática é sempre consequente a uma infecção da orofaringe pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A (EBHGA). Uma dessas infecções é a faringite que, segundo Collet e Oliveira (2002), sua gravidade diz respeito a seqüelas originárias da infecção.

A patogênese da FR não está totalmente elucidada (LEÃO *et al.*, 2005). O que pode explicar a patogenia da doença são os fatores relacionados ao hospedeiro e aos estreptococos que parecem desempenhar papéis importantes na gênese da resposta imune anormal, e os fatores ambientais podem interferir na frequência e nas taxas de mortalidade da doença, levando à

incapacidade na infância e na idade adulta (MARCONDES *et al.*, 2003).

De acordo com Brooks *et al.* (2000), os sinais e sintomas típicos da FR, são: febre, mal-estar, poliartrite não-supurativa migratória e sinais de inflamação de todas as partes do coração (endocárdio, miocárdio, pericárdio).

As manifestações clínicas da FR são variáveis, ocorrendo desde casos leves com poucos sinais clínicos até casos graves com evolução fulminante. Os sintomas podem ocorrer de duas a seis semanas após uma infecção estreptocócica, acometendo preferencialmente crianças em idade escolar (MARCONDES *et al.*, 2003).

A artrite é considerada a manifestação clínica mais comum da FR, é descrita como uma poliartrite migratória, acometendo grandes articulações como tornozelos, joelhos, punhos e cotovelos, podendo envolver articulações de mãos, pés e coluna (LEÃO *et al.*, 2005; ALVES; FERREIRA; MAGGI, 2004). Das complicações da FR, a cardite reumática é a manifestação clínica mais destacada, por ser a única que resulta em lesão permanente do coração, acometendo o pericárdio, o miocárdio e o endocárdio (acometendo as válvulas susceptíveis às lesões agudas e suas seqüelas) (LEÃO *et al.*, 2005).

A coréia de sydenham é uma manifestação geralmente tardia e bastante típica da doença, apresentando um período prolongado de latência que varia de um a seis meses. Caracterizando-se por movimentos involuntários, coordenados, que podem ser acompanhados por hipotonia muscular, disartria, disfagia e labilidade emocional. Esses movimentos tendem a se exacerbar com excitação, melhorando com o repouso em ambientes tranquilos e durante o sono (MARCONDES *et al.*, 2003; ALVES; FERREIRA; MAGGI, 2004; LEÃO *et al.*, 2005).

Os nódulos subcutâneos são pouco freqüentes, estão associados mais comumente com a cardite grave. São indolores, pequenos, consistentes, móveis sob a pele, localizados em superfícies extensoras das articulações e saliências ósseas, sendo observados em joelhos, cotovelos e espinha dorsal (ALVES; FERREIRA; MAGGI, 2004; LEÃO *et al.*, 2005). O eritema marginado é mais raramente observado, caracte-

rizando-se por lesões maculares, não-pruriginosa, de bordas nítidas, elevadas, circulares, ovais ou irregulares. A lesão cresce centrifugamente, predominando nos troncos e partes proximais dos membros (ALVES; FERREIRA; MAGGI, 2004; LEÃO *et al.*, 2005).

Para diagnóstico da FR, não existe um exame laboratorial específico. Continua sendo eminentemente clínico, apesar dos exames complementares disponíveis, que podem ser agrupados em três categorias: comprovação de infecções estreptocócica anterior, detecção de alterações laboratoriais decorrentes do processo inflamatório, e caracterização e quantificação das repercussões cardíacas (LEÃO *et al.*, 2005).

O critério de Jones utilizados como guia para diagnóstico da FR baseia-se na divisão dos achados clínicos e laboratoriais da doença em sinais maiores (cardite, artrite, coréia, nódulos subcutâneos e eritema marginado) e menores (febre, artralgia, alterações das provas de fase aguda e alargamento do espaço PR e/ ou QT no eletrocardiograma), associados a evidências da infecção estreptocócica anterior (LEÃO *et al.*, 2005; MARCONDES *et al.*, 2003).

Os exames laboratoriais utilizados, são:

Provas de fase aguda - destacam-se a velocidade de hemossedimentação (VHS) e a proteína C reativa (PCR). As alterações da PFA, apesar de não específicas, estão presentes em todos os pacientes com processo reumático agudo não suprimido pelo uso de antiinflamatório. Onde estas alterações persistem em média por um ou dois meses, sendo que a retirada da terapêutica antiinflamatória pode promover um rebote desses valores, desde que o processo reumático ainda esteja ativo (MARCONDES *et al.*, 2003).

Infecção estreptocócica - são utilizados dois parâmetros para evidenciar a infecção estreptocócica anterior:

- A cultura de material da orofaringe, na maioria dos casos, tem pouca positividade, devido ao longo período de latência entre a infecção estreptocócica e o início da doença (ALVES; FERREIRA; MAGGI,

2004).

- O aumento de títulos dos anticorpos específicos (ASLO, anti-hialuronidase, anti-DNAse B etc.) – o mais utilizado é o ASLO, devido à facilidade de determinação e à homogeneidade dos resultados obtidos (ALVES; FERREIRA; MAGGI, 2004).

Avaliação do comprometimento cardíaco

– podem ser realizados através do ECG, raios-X e ecocardiograma, com a intenção de melhorar a avaliação do envolvimento cardíaco (ALVES; FERREIRA; MAGGI, 2004; MARCONDES *et al.*, 2003).

- Eletrocardiograma é usado como critério menor, utilizado para observar as alterações nas ondas e segmentos.
- RX de tórax serve para avaliar a área cardíaca, indicando o grau de comprometimento.
- O ecocardiograma é importante tanto na fase aguda como na crônica, onde avalia a existência e o grau de comprometimento cardíaco.
- A cintilografia cardíaca é pouco utilizada, mas permite a avaliação do processo inflamatório cardíaco na fase aguda da doença.

Auto-Anticorpos - existem anticorpos contra os tecidos cardíacos, SNC e contra fosfolipídios que são encontrados em pacientes durante a fase aguda da FR. Porém, ainda não estão estabelecidos de forma clara (MARCONDES *et al.*, 2003).

Diagnóstico diferencial - serve para descartar a possibilidade de falso diagnóstico em pacientes portadores de doenças como o lúpus eritematoso sistêmico, a leucemia linfoblástica aguda, as artrites reativas pós-infecciosas, virais ou bacterianas (MARCONDES *et al.*, 2003).

A terapêutica da febre reumática baseia-se, em:

- **Erradicação do foco do estreptococo** - conseguida através da administração de antibióticos com eficácia clínica e bacteriológica comprovada (MARCONDES *et al.*, 2003).

- **Através de repouso** - dependendo do tipo de manifestações clínicas, da gravidade e a variação. Nos casos de coréia e artrite o repouso deve ser mantido até o controle dos sintomas; na cardite, o repouso é mais prolongado, permitindo a retomada das atividades físicas somente após o controle da insuficiência cardíaca (ALVES; FERREIRA; MAGGI, 2004).

Tratamento sintomático:

1- Articulares - aplicando o esquema de erradicação do estreptococo; repouso absoluto no leito, enquanto houver sintomas e, depois, liberação gradual e, por fim, o uso de antiinflamatórios não hormonais, de preferência o AAS (MARCONDES *et al.*, 2003).

2- Cardiológicas - deverá ser tratada rigorosamente. Sendo assim, é realizada através da erradicação do estreptococo; repouso no leito e o uso de antiinflamatórios hormonais (predsona) (MARCONDES *et al.*, 2003).

3- Coréia - é conseguida aplicando o esquema de erradicação do estreptococo, manter repouso absoluto no leito, em lugar silencioso, com pouca luminosidade, até o desaparecimento dos sintomas (MARCONDES *et al.*, 2003).

Profilaxia secundária – é obrigatório, seu objetivo é prevenir o aparecimento de infecções estreptocócicas de orofaringe, impedindo a recorrência da FR. A droga de escolha é a penicilina G benzatina, que é comprovadamente efetiva em reduzir e praticamente eliminar o risco de recorrência da doença. Nos casos de alergia à penicilina, a droga de escolha é a sulfadiazina (MARCONDES *et al.*, 2003; ALVES; FERREIRA; MAGGI, 2004).

Pacientes que não apresentarem comprometimento cardíaco deverão ser suspensos aos 18 anos de idade, já os que apresentam cardiopatia residual devem ser mantidos sob profilaxia durante toda a vida (ALVES; FERREIRA; MAGGI, 2004).

Cuidados de Enfermagem

Tendo em vista as mudanças que acometem a criança/adolescente e sua família durante o diagnóstico e tratamento de FR, a assistência de enfermagem deve ser pautada na atenção às novas demandas desse processo. Segundo Wong (1999), as principais metas nos cuidados de enfermagem são estimular a aderência aos tratamentos medicamentosos, facilitar a recuperação, oferecer apoio emocional e, quando possível, prevenir a doença. Como o tratamento pode perdurar até os dezoito anos de idade ou progredir durante toda vida, a adesão a essa terapia é uma preocupação importante e todo esforço deve ser feito para incentivar essa aderência.

Quando a resposta ao tratamento não é satisfatório, as injeções mensais podem ser substituídas pela administração diária oral de antibióticos, e as crianças precisam ser preparadas para esse procedimento muitas vezes assustador.

O cuidado domiciliar deve se concentrar em oferecer repouso e nutrição adequada. Se a cardite estiver presente, a família deve ser informada acerca das restrições a algumas atividades e orientada para que essas restrições não venham resultar em prejuízos no desenvolvimento físico e mental da criança. Uma das manifestações mais perturbadoras e frustrantes da FR é a coréia, que pode ser erroneamente confundida por nervosismo, desleixo, alterações comportamentais, desatenção e distúrbio de aprendizado, o que constitui uma fonte de grande frustração para a criança/adolescente. Assim, é necessário que a família, professores ou responsáveis pelas crianças sejam orientados quanto à natureza da doença e dessa forma contribuam no processo terapêutico, já que as manifestações da coréia são transitórias e que podem desaparecer eventualmente (WONG, 1999).

As enfermeiras também têm um papel na prevenção, em especial no rastreamento de crianças que apresentam crises de faringite frequentes, bem como realização de práticas educativas em saúde que possibilitem o diagnóstico precoce. A família deve ser instrumentalizada a procurar os profissionais de saúde o quanto antes, além disso, os profissionais de saúde precisam estreitar suas relações com a família das crianças e criar meios de articulação de suas atividades com os profes-

sores e a escola.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como a doença é decorrente de infecções não curadas dos estreptococos B-hemolítico do grupo A, faz-se necessário dar uma maior importância e atenção contínua a esses pacientes, com uma equipe preparada para atender as especificidades providas do próprio problema.

É importante direcionar a atenção aos indivíduos que estão mais propícios a desenvolver a patologia, já que as más-condições socioeconômicas da população favorecem à propagação e disseminação das bactérias, pelo fato desse crescimento ser propagado em um ambiente com proliferação de pessoas, onde um indivíduo dissemina a doença, através de gotículas da orofaringe, e quando o mesmo apresenta recorrência, poderá predispor para um prognóstico de febre reumática, devido ao não-tratamento específico da infecção.

Portanto, é de grande relevância o acompanhamento da infecção e tomar medidas preferenciais para detectar o diagnóstico preciso a respeito dos achados tanto clínico quanto laboratorial, para se ter um tratamento, seja ele específico e de boa qualidade, com o objetivo de não-propagação de seqüelas por ocasião, a não-aderência ao tratamento e assim orientando a clientela a promover uma assistência integralizada.

Por isso, a importância do conhecimento profissional em oferecer uma atenção específica dos profissionais de saúde em articular um vínculo com a escola. Principalmente orientando os profissionais do ambiente escolar a observar as crianças presentes em seu todo, com o objetivo de detecção precoce de sinais e sintomas específicos de infecção, seja ela qual for o tipo e as seqüelas das manifestações clínicas da febre reumática. Deve-se salientar que esse grupo apresenta uma maior prevalência da doença, devido à aglomeração e contato maior com o portador da infecção no ambiente escolar.

O que se observa é a importância da articulação do profissional de saúde com a escola e a família, envolvendo-os para a prevenção e o tratamento específico.

REFERÊNCIAS

FEVER RHEUMATIC: REVISION OF LITERATURE ABOUT THE EARLY IDENTIFICATION AND DIMINUTION OF COMPLICATIONS UNDER THE POINT OF VIEW OF THE NURSING

ABSTRACT

The rheumatic fever is a self-immune illness by develop an aggression to the agency against the normal deputies, occurring with a bigger frequency between 03 and 15 years of age. If not treated adequately is able to develop with persistence and sequels. It is described like a late complication, of inflammatory nature, as resulting of an infection of the upper air way produced by the streptococcus beta-hemolitic of the group A. From the revision we understand that is so important to take immediate professional measures to detect the diagnosis needed as clinical and laboratory finds, since the period of the infection, making feasible a handling, specific and of quality, planning to diminution of the risks of sequels.

Keywords: Nursing assistance. Rheumatic fever. Streptococcus beta-hemolitic of the group A.

ALVES, J. G. B.; FERREIRA, O. S.; MAGGI, R. S. **Pediatria**: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M.; JENSON, H. B. N. **Tratado de pediatria**. 17. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

BROOKS, G. F *et al.* **Microbiologia médica**. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G. **Manual de enfermagem em pediatria**. Goiânia: AB, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LEÃO, E. et al. **Pediatria ambulatorial**. 4. ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2005.

MARCONDES, E. *et al.* **Pediatria básica**. 9. ed. v. 2. São Paulo: Sarvier, 2003.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MEIRA, Z. M. A.; GOULART, E. M. A.; MOTA, C. C. C. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. Estudo comparativo das avaliações clínicas e ecocardiográficas Doppler na evolução das lesões valvares em crianças e adolescentes portadores de febre reumática. São Paulo, v. 86, n. 1, 2006.

MURAHOVSKI, J. **Pediatria: diagnóstico + tratamento**. 6. ed. São Paulo: SARVIER, 2006.

WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.