

FEBRE REUMÁTICA — RECRUDESCÊNCIA OU DECLÍNIO? ANÁLISE DOS INTERNAMENTOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA COM INTERVALO DE 20 ANOS.

FERNANDA MORAIS, GLÓRIA NUNES SILVA, RUI MONTEIRO SANTOS,
JOÃO T. SOUSA, J.A. SAAVEDRA, J. NOGUEIRA DA COSTA.

Serviço de Medicina I, Hospital de Santa Maria/Faculdade de Medicina de Lisboa.

RESUMO

Foram estudados 116 processos clínicos de doentes internados com surtos agudos de Febre Reumática num Serviço de Medicina Interna, nos anos de 1959-63 e 1979-83, de modo a detectar um possível recrudescimento da doença. Analisaram-se a distribuição por idades, sexo, duração do internamento, manifestações clínicas e exames auxiliares, com relevo para o ECG, assim como a terapêutica e evolução. Verificou-se um acentuado declínio na incidência da doença (90 casos vs 26) e uma diminuição muito significativa do tempo de internamento no grupo recente, sendo a cardite e as recidivas mais frequentes no grupo mais antigo.

SUMMARY

Rheumatic Fever — Recrudescence or Decline?

The authors revised 116 clinical files of patients admitted to a Medicine ward with Rheumatic Fever in the years 1959-63 and 1979-83, in order to detect a possible recrudescence of the disease. The following parameters were analysed: age, sex, length of hospital stay, clinical manifestations, ancillary exams, therapeutics and evolution. It was found an impressive decline in the incidence of the disease (90 cases vs 26) and also a very significant decrease of the period of hospitalization in the recent group of patients ($p < 0,0005$); Carditis and relapses of Rheumatic Fever were more frequent in the old group of patients.

INTRODUÇÃO

É conhecido e pacificamente aceite o facto de a Febre Reumática, nos países desenvolvidos, não representar já um problema de saúde pública, pois a taxa de incidência anual desta doença desceu a números tão baixos — entre 0,5 a 2 por 100 000¹ — que se transformou numa verdadeira raridade, apesar de a faringite estreptocócica continuar a aparecer com grande frequência e regularidade no mesmo estrato populacional. Várias explicações têm sido aduzidas para este fenómeno²:

- a) em primeiro lugar o papel dos antibióticos, sobretudo a penicilina, no tratamento das afecções oro-faríngeas; é de notar, entretanto, que o declínio da febre reumática

é anterior à introdução destes medicamentos e, por outro lado, apesar de ter sido em 1950 que a penicilina encontrou o seu lugar «princeps» na prevenção da Febre Reumática, ainda em 1970 um editorial do JAMA clamava contra a anomalia da sua existência, chamando-lhe doença desnecessária³.

- b) a melhoria das condições habitacionais e a salubridade das escolas e estabelecimentos militares, juntamente com outros factores sócio-económicos poderão constituir a mais importante razão, segundo Stollerman⁴, mas também o grande período de prosperidade no mundo ocidental não coincidiu com a fase de declínio abrupto da doença.
- c) a variação das estirpes estreptocócicas potencialmente patogénicas do grupo A — as chamadas estirpes reu-

matogénicas, tipos M5, 14, 24 — é outro dos factores normalmente apontados, pois a sua prevalência nos laboratórios que se dedicam às tipagens específicas do estreptococo tem diminuído substancialmente.

No entanto, nos países do chamado Terceiro Mundo, a Febre Reumática continua activa atingindo incidências elevadíssimas, havendo provavelmente uma subida no número de casos⁵, pois era erroneamente assumido, nos princípios do século, que a doença era infrequente nos trópicos.

Em Portugal não há elementos epidemiológicos que abranjam vastas áreas populacionais; contudo, alguns trabalhos parcelares apontavam, nos anos 70⁶, para uma incidência muito superior aos países desenvolvidos; no entanto, compulsando os registos dos certificados de óbito, com todas as reticências que podem ser levantadas a esta metodologia, verifica-se um razoável decréscimo nas taxas de mortalidade atribuídos à doença reumática desde os anos 50 até 1979 (Pereira Miguel)⁷. É de notar porém que estudos retrospectivos efectuados num *bairro de lata* (Musgueira-Correia Nunes)⁸ evidenciaram uma altíssima prevalência de F.R. e Cardiopatia Reumatismal.

O problema pôs-se com mais acuidade, quando começaram a aparecer relatos de recrudescência de Febre Reumática em determinadas regiões dos E.U.A., onde a doença estava, praticamente, erradicada. (UTAH, Pittsburgh). É sobretudo alarmante o trabalho de Veasy⁹ que refere a incidência, num só ano, de oito vezes mais casos de Febre Reumática do que a média anual da última década no mesmo local. Com estes factos em mente, decidimos realizar um estudo retrospectivo da incidência da Febre Reumática através dos processos clínicos dos doentes internados num Serviço de Medicina, comparando o quinquénio de 1959-63 com o de 1979-83, visto dispormos de um arquivo razoavelmente adequado desde 1955.

Embora reconhecendo que este trabalho não se reveste de rigor epidemiológico nem poderá servir de base, logicamente, a interpretação sobre a real incidência da Febre Reumática na comunidade, julgamos que a comparação entre duas populações não seleccionadas, mas provenientes de uma mesma área — a que é drenada pelo nosso Hospital — distando entre si vinte anos, fornecerá, talvez, alguns ensinamentos práticos de utilidade.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudados retrospectivamente 373 processos, dos quais 344 do período compreendido entre 1959 e 1963 (Grupo A) e 29 entre 1979 e 1983 (Grupo B), relativos a doentes internados no nosso serviço com o diagnóstico de saída de Febre Reumática. De notar que se trata de um serviço de Medicina Interna, em que só esporadicamente eram admitidos indivíduos com idade inferior a 10 anos (3 no total dos casos analisados). Como este estudo visava apenas a análise de surtos agudos de Febre Reumática excluíram-se numa 1.^a abordagem, 233 processos, que correspondiam a internamentos por sequelas de Febre Reumática (na sua maioria insuficiência cardíaca) ou outras entidades nosológicas. Foram utilizados os Critérios de Jones, revistos em 1965 pelo *Council on Rheumatic Fever and Congenital Heart Disease* da American Heart Association¹⁰, que considera como Critérios Major as seguintes manifestações:

1. Cardite; 2. Poliartrite; 3. Coreia de Sydenham; 4. Eritema marginado; 5. Nódulos sub-cutâneos; e como Critérios Minor:

1. Febre; 2. Artralgias; 3. Febre reumática prévia ou doença cardíaca reumática; 4. VS elevada ou PCR positiva; 5. Aumento do intervalo PR no ECG.

A presença de 2 Critérios Major ou de 1 Major e 2 Minor, se apoiados em: evidência de infecção estreptocócica anterior, história precedente de escarlatina, exsudado faríngeo positivo para o estreptococo do grupo A e aumento do TASO ou de outro anticorpo anti-estreptocócico, indicam uma alta probabilidade de febre reumática aguda. Exceptua-se o caso da Coreia de Sydenham, que por si só permite o diagnóstico. Utilizando esta metodologia seleccionámos 90 processos no grupo A e 26 processos no grupo B, num total de 116 casos, excluindo 24 casos (21+3 respectivamente) por não preencherem os quesitos referidos. A percentagem representada pelos casos incluídos, no total de internamentos por ano no serviço, foi calculada e comparada entre os 2 grupos (Quadro 1).

Dado que se trata de um trabalho retrospectivo, a informação disponível levantou certos problemas na definição diagnóstica de cardite, pelo que só considerámos como tendo cardite os doentes que apresentavam um dos seguintes parâmetros: a) sopros cardíacos descritos inequivocamente como não fisiológicos; b) exames radiológicos revelando cardiomegalia; c) existência de insuficiência cardíaca; d) pericardite (atrítos pericárdicos ou sinais de derrame). Na amostra considerada foram também analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, mês e duração do internamento, exames complementares (leucograma, uremia, glicemia, urina II, hemoculturas, radiografia do tórax, ECG e ecocardiograma), terapêutica prescrita e evolução. Os resultados observados foram comparados estatisticamente pelos testes *t* de Student ou do Qui quadrado, considerando níveis de significância para $p < 0,05$.

RESULTADOS

Internamentos

No Quadro 1 estão indicados os doentes internados por ano no serviço durante os dois quinquénios em que este estudo incidiu, assim como os casos de Febre Reumática que foram incluídos, com a respectiva percentagem. Verifica-se que ao longo de cada período o número de casos anual manteve-se relativamente estável, sendo muito superior a incidência de Febre Reumática no 1.^o período (2,8% versus 0,3%) ($p < 0,0005$) apesar de no período o total de doentes internados chegar quase ao triplo.

QUADRO 1 — Número de doentes com febre reumática internados num Serviço de Medicina Interna entre 1959-1963 (Grupo A) e 1979-1983 (Grupo B)

Ano	Total de Internamentos	Casos Incluídos	%
GRUPO A			
1959	538	19	3,5
1960	640	17	2,7
1961	607	20	3,3
1962	729	19	2,6
1963	722	15	2,1
Total	3236	90	2,8
GRUPO B			
1979	2080	7	0,3
1980	1672	8	0,5
1981	1449	2	0,1
1982	1652	4	0,2
1983	1846	5	0,3
Total	8699	26	0,3

Idade

No grupo A (Quadro 2), as médias das idades eram de 17 anos no sexo masculino e 18 no sexo feminino (diferenças não significativas). No grupo B, as médias etárias eram 23 anos no sexo masculino e 19 anos no sexo feminino mas as diferenças etárias entre os sexos também não eram estatisticamente significativas. Os homens do grupo B tinham no entanto idade média significativamente mais elevada que os do grupo A.

QUADRO 2 — Idades

	Homens (H)	Mulheres (M)
Grupo A (n=89)	17,2 ± 5,8	18,3 ± 8,8
Grupo B (n=26)	22,8 ± 12,5	19,2 ± 9,0
AH vs AM	NS	
BH vs BM	NS	
AH vs BH	P < 0,01	
AM vs BM	NS	

Sexo

No grupo A (Quadro 3), havia 47 homens e 43 mulheres e, no grupo B, 16 homens e 10 mulheres. Não foram encontradas diferenças significativas na distribuição de sexo entre os grupos. O ligeiro predomínio de homens em ambos os grupos também não tinha significado estatístico.

QUADRO 3 — Sexo

	Homens	Mulheres	Total
Grupo A	47	43	90
Grupo B	16	10	26
Totais	63	53	116

Duração do Internamento

A duração do internamento foi de 68 ± 48 dias no grupo A e 17 ± 10 dias no grupo B (p < 0,0005).

Incidência Sazonal

O Quadro 4 apresenta a distribuição dos casos segundo o mês em que foram internados. Nos meses de Outubro a Março foram incluídos 41 doentes no grupo A e 14 no grupo B, enquanto nos meses de Abril a Setembro foram encontra-

QUADRO 4 — Incidência Sazonal

Meses	A	B
Outubro	3	4
Novembro	8	4
Dezembro	11	1
Janeiro	7	1
Fevereiro	5	3
Março	7	1
	41	14
Abril	7	1
Mai	6	3
Junho	13	1
Julho	7	4
Agosto	5	2
Setembro	11	1
	49	12

dos 49 doentes no grupo A e 12 no grupo B. A distribuição sazonal não era diferente entre os grupos A e B nem em cada grupo isoladamente.

Clínica

As poliartalgias migratórias (90 e 100%), a febre (86 e 65%) e o compromisso cardíaco (80 e 38%) eram as manifestações clínicas mais frequentes em qualquer dos grupos A e B (Quadro 5).

QUADRO 5 — Manifestações Clínicas

	A		B		p
	n	(%)	n	(%)	
Poliartalgias migratórias	81	(90)	26	(100)	NS
Compromisso Cardíaco	72	(80)	10	(38)	< 0,0005
Febre	77	(86)	17	(65)	< 0,05
Coreia	4	(4)	1	(4)	NS
Eritema marginado	1	(1)	2	(8)	NS
Nódulos subcutâneos	2	(2)	3	(12)	NS

O compromisso cardíaco era mais frequente no grupo A (72/90 ou 80% versus 10/26 ou 38%) (p < 0,0005). No grupo A, 68 doentes apresentavam sopros cardíacos, 8 tinham sinais clínicos de insuficiência cardíaca e 20 tinham sinais clínicos e/ou electrocardiográficos de pericardite. Os sopros mais frequentes neste grupo tinham localização sugestiva de compromisso mitral (47 casos de sopro sistólico mitral, 16 de sopro diastólico mitral, 19 de sopro sistólico aórtico e 13 de sopro diastólico aórtico). Em vários casos havia compromisso multivaivular.

No grupo B, 7 doentes tinham sopros e 3 tinham sinais de pericardite. Não havia neste grupo doentes com insuficiência cardíaca. Entre os doentes com sopros, foi detectado sopro sistólico mitral em 6 doentes e um sopro sistólico aórtico em 1 doente.

A febre era significativamente mais frequente no grupo A (77/90 ou 86% versus 17/26 ou 65%) (p < 0,05).

Não havia diferenças significativas entre os grupos quanto à incidência de poliartalgias, coreia, eritema marginado e nódulos subcutâneos. A coreia (4% e 4%), o eritema marginado (1% e 8%) e os nódulos subcutâneos (2% e 12%) foram manifestações clínicas pouco frequentes em qualquer dos grupos.

Laboratório (Quadro 6)

A média das velocidades de sedimentação (valor máximo) era idêntica nos 2 grupos (71,2 ± 34,1 vs 76,2 ± 34,2 mm l.^a hora).

A proteína C reactiva estava elevada em 68/86 doentes do grupo A (79%) e em 22/24 doentes do grupo B (83%) (diferença não significativa — p < 0,05). O título de antiestrepptolisina 0 era idêntico nos 2 grupos, havendo a salientar uma dispersão acentuada dos valores em qualquer dos grupos (631 ± 516 U vs 674 ± 534 U).

A taxa máxima de leucocitos estava moderadamente aumentada em qualquer dos grupos (12 000 ± 5 000 vs 12 500 ± 3 800) (dif. não significativa).

Os valores da ureia estavam registados em apenas 8 casos do grupo A (sendo normal em 6 e elevada em 2). No grupo B, a ureia era normal em todos os casos registados (24/24).

O exame da urina mostrava pequenas alterações em 7/84 doentes do grupo A e 11/24 do grupo B (8% versus 46%) (p < 0,001). As alterações observadas (registadas no Quadro 6) eram de grau ligeiro.

QUADRO 6 — Laboratório

	A	B	p
Velocidade de Sedimentação	71,2 ± 34,1	76,2 ± 34,2	NS
Proteína C reactiva			
4+	26	4	
3	19	8	
2	15	5	NS
1	8	5	
0	18	2	
Antiestreptolisina 0 (n=86)	631 ± 516	674 ± 534	NS
Leucocitos	12000 ± 5000	12500 ± 3800	NS
Ureia (n=32)			
Elevada	2	0	NS
Normal	6	24	
Urina II (n=108)			
Sem alterações	77	13	<0,001
Com alterações	7	11	

QUADRO 7 — Alterações na Análise de Urina

	A (n=84)	B (n=24)
Com alterações		
Alguns eritrocitos	7	6
Alguns leucocitos	1	—
Alguns piócitos	1	4
Alguns cilindros hialinos	1	2
Vestígios de proteínas	—	2
Sem alterações	77	13

RX Tórax

O estudo estudo radiológico do tórax estava registado em 31 doentes do grupo A e 11 do grupo B. Havia cardiomegalia em 10/31 (32%) do grupo A e 1/11 (9%) do grupo B (dif. não significativa).

Electrocardiograma

O ritmo sinusal estava presente em 76/81 dos casos do grupo A e em todos os 23 electrocardiogramas registados no grupo B.

No grupo A foram detectados 2 casos de bloqueio aurículo-ventricular do 2.º grau, 2 casos de dissociação aurículo-ventricular, 1 caso de ritmo nodal, 1 caso de flutter auricular e 1 caso de fibrilhação auricular. O Quadro 8 que representa a distribuição segundo a duração máxima do intervalo PQ mostra que no grupo B há uma maior percentagem de casos com PQ longo (igual ou superior a 0,20 seg.) que no grupo A (6/76 ou 8% no grupo A e 6/23 ou 26% no grupo B) (p < 0,05).

QUADRO 8 — Duração do Intervalo PQ (valor máximo)

Milisegundos	A		B	
	n	%	n	%
80	1	1	—	0
100	3	4	—	0
120	19	25	3	13
140	18	24	4	17
160	24	32	6	26
180	5	7	4	17
200	3	4	4	17
220	2	2	1	5
240	1	1	1	5
Total	76	100	23	100

Ecocardiograma

Sendo este exame de origem relativamente recente, apenas foi realizado em alguns doentes do grupo B (5 doentes). Destes, 2 apresentavam dilatação da aurícula e ventrículo esquerdos e 1 destes 2 tinha um pequeno derrame pericárdico.

Exame bacteriológico do exsudado faríngeo

É conhecido em 38/90 doentes do grupo A e 8/26 do grupo B. Era negativo em 30/38 (76%) no grupo A e 7/8 (88%) no grupo B (diferença não significativa). Nos 8 casos positivos no grupo A, foram isolados os seguintes germens: Staphylococcus aureus coagulase + (5 casos), Streptococcus beta-hemolítico (2 casos), Staphylococcus aureus coagulase — (1 caso). Um Streptococcus beta-hemolítico foi isolado num caso do grupo B.

Hemoculturas

São conhecidas em 14/90 do grupo A e 6/26 do grupo B, sendo negativas em todos os casos.

Terapêutica

A penicilina foi utilizada em 78/90 (87%) do grupo A e 19/26 (73%) do grupo B (Quadro 9) (diferença não significativa).

QUADRO 9 — Terapêutica

	A		B		p
	n	%	n	%	
Penicilina	78/90	87	19/26	73	NS
Ácido acetilsalicílico	51/90	57	22/26	85	<0,05
Prednisona	78/90	87	8/26	31	<0,001

A Prednisona foi mais utilizada no grupo A que no B (78/90 ou 87% versus 8/26 ou 31%) (p < 0,001) ao passo que o ácido acetilsalicílico foi mais utilizado no segundo grupo (51/90 ou 57% versus 22/26 ou 85%) (p < 0,05). Os digitálicos foram usados em 11 casos do grupo A e em nenhum do grupo B.

Apresentação e evolução

No grupo A, 47/85 casos (55%) eram primeiros surtos e os restantes recidivas. No grupo B, 20/26 (77%) eram primeiros surtos. As diferenças entre os grupos não eram estatisticamente significativas.

Todos os casos tiveram evolução favorável, não tendo havido óbitos.

DISCUSSÃO

A análise retrospectiva tem vários inconvenientes, pois a sua metodologia é sempre estabelecida a *posteriori*, verificando-se muitas lacunas e imperfeições no material estudado. Assim aconteceu neste trabalho, pois, dos 373 casos arquivados sob a designação de *Febre Reumática*, só pudemos aproveitar 116, que constituíam as situações de doença aguda e não sequelas de cardite reumática e que obedeciam aos critérios revistos de Jones para o diagnóstico de Febre Reumática. Dentro da avaliação dos critérios, a evi-

dência de infecção estreptocócica foi, em certos casos, retardada de pré-internamento, já com terapêutica, o que explica que alguns doentes apresentassem no Hospital títulos de ASO baixos e que exsudados faríngeos efectuados fossem na maioria negativos.

Quando analisámos os resultados, ressaltou claramente a enorme diferença de número de casos dos dois períodos — enquanto no grupo A, mais antigo, obtivemos 90, no grupo B, o recente, só dispusemos de 26 — houve, na realidade, um declínio da Febre Reumática, ainda que se possa argumentar com a possibilidade de que a doença, modernamente, requeira menos vezes tratamento intra-hospitalar; de qualquer modo no grupo recente, observada a incidência anual (Quadro 1), não há indicação de que haja uma tendência para o aumento do número de casos ao longo do quinquénio, o que afasta portanto a hipótese, na nossa amostra, da recrudescência de Febre Reumática. A extrapolação destes estudos para a comunidade é discutível, mas, com todas as reservas, podemos supor que nos grupos etários contemplados (maior que 10 anos) não houve neste período, e na nossa área, um ressurgimento da doença.

É interessante comparar os nossos dados com os referenciados por Oliveira¹¹, que estudou os casos de Febre Reumática internados na década de 1970/79 em todo o Hospital de Santa Maria a partir dos dados recolhidos pelo Serviço de Estatística. Apuraram 619 internamentos, 348 no primeiro quinquénio e 271 no segundo, incidência menor, mas não significativa. Não compulsaram, contudo, os processos clínicos e assim não houve a possibilidade de incluir só os verdadeiros surtos de Febre Reumática, pois como verificámos na pesquisa do nosso arquivo cerca de 66% dos diagnósticos de saída de Febre Reumática não correspondiam a episódios agudos mas sim às suas sequelas ou não estavam suficientemente apoiados nos critérios revistos de Jones. É importante sublinhar, como aliás fazem estes autores, a necessidade de motivar os clínicos e os responsáveis pelos Serviços hospitalares para um maior rigor no preenchimento dos impressos de alta, pois toda a análise epidemiológica na qual se baseiam directivas de política de saúde, poderá ser falseada pela inexactidão e descuro com que, por vezes este *simples* acto burocrático é realizado.

Não verificamos, ao contrário do que é normalmente referido na literatura, uma maior incidência sazonal de Febre Reumática, o que pode ser explicado pela amenidade do nosso clima, evitando uma epidemia de faringites estreptocócicas nos meses de Inverno.

Também não havia diferença nos dois grupos ou entre os grupos quanto ao sexo; igualmente quanto à idade eram semelhantes, à excepção dos homens do grupo B que tinham idades significativamente mais elevadas do que os seus congéneres do grupo A.

A duração média de internamento foi extremamente elevada no grupo mais antigo (68 vs 17 dias), o que é explicável por vários factores — maior estadia em geral dos doentes nesse período em que não havia *Banco* e portanto pressão para altas, maior gravidade da doença, como veremos mais adiante, e até uma possível melhoria das condições sócio-económicas da população, o que veio permitir uma convalescência domiciliária adequada.

Do ponto de vista clínico, a poliartrite, a febre e o compromisso cardíaco eram as manifestações mais habituais em ambos os grupos, realçando embora o facto da cardite ser muito mais frequente no grupo A (80% vs 38%); não se observaram casos de insuficiência cardíaca no grupo B.

A febre, presente em 2/3 dos doentes, também aparecia em mais casos do grupo A. Os sinais de maior surgiram raramente, não se detectando diferença entre os grupos.

Quanto aos exames laboratoriais, a velocidade de sedimentação, a proteína C reactiva e o título de anti-

-estreptolisina estavam muito elevados na quase totalidade dos casos, sem diferenças apreciáveis entre os grupos, o mesmo se passando com o número de leucócitos, que se encontrava moderadamente aumentado; não houve diferença quanto ao valor da ureia, sendo de apontar que este exame só esporadicamente foi realizado no grupo mais antigo, mas a análise sumária de urina mostrava alterações ligeiras em número significativamente maior de doentes do grupo B.

Verificámos que a radiografia do tórax só tinha sido efectuada em escassa parcela dos doentes em ambos os grupos e as alterações descritas — cardiomegalia — embora mais frequentes no grupo A, não atingiam significado estatístico.

No que toca aos aspectos electrocardiográficos evidenciaram-se disritmias mais importantes no grupo A, mas com uma incidência pequena, enquanto que havia uma maior percentagem de casos com o segmento PQ superior ou igual a 0,20 s no grupo B (26% vs 8%), apesar de neste grupo nunca se terem utilizado digitálicos. O ecocardiograma só foi efectuado num número diminuto de doentes, todos do grupo recente.

É de notar a pouca importância dada ao exsudado faríngeo, pois este exame só foi realizado em cerca de 1/3 dos doentes de ambos os grupos; esta análise foi negativa em cerca de 80% dos casos, tendo sido isolados *Streptococcus β* hemolítico em unicamente três doentes. As hemoculturas foram raras e sempre negativas.

Os cuidados terapêuticos merecem um realce especial. Tem sido debatido ultimamente¹² o problema da prevenção primária da Febre Reumática visto que, apesar do tratamento correcto da faringite estreptocócica (v. nota) abortar o aparecimento da Febre Reumática, verificou-se, nos EUA, que a maioria dos médicos optava pela Penicilina oral, na clínica particular, que constitui a grande fatia dos cuidados primários de saúde. Ora, já há muito se duvida da aderência dos doentes ou familiares, no caso da Pediatria, ao cumprimento rigoroso da duração do tratamento *per os*¹⁴ e a própria corporação médica provavelmente relaxará as suas directivas mercê do quase total desaparecimento da Febre Reumática. Estas conjecturas, que podem ser aduzidas para explicar a recrudescência da doença, talvez não sejam aplicáveis ao nosso meio, onde a grande maioria das faringites é tratada através dos serviços estatais de saúde, onde a prescrição de uma toma única de Penicilina, além de embaratecer a terapêutica, descongestiona o atendimento.

No entanto, verificámos que a penicilina não foi utilizada na totalidade dos casos que analisámos (grupo A-87%; grupo B-73%) e foi menos receitada no grupo recente, o que pode representar também uma certa ligeireza de atitude em relação à Febre Reumática, o que eventualmente conduzirá a situação análoga à descrita acima nos EUA.

Acerca da terapêutica sintomática na fase aguda, os corticóides foram significativamente mais usados no grupo antigo, que deve ter a ver com a maior incidência de cardite, ao passo que o ácido acetil-salicílico grangeou mais adeptos no grupo B.

Um pormenor importante, apesar de não alcançar significado estatístico, é a redução de recidivas no grupo recente (23% vs 45%) em relação ao grupo A, que pode representar uma mais correcta prevenção secundária, embora se deva inserir no declínio geral observado na doença.

Por último é de sublinhar que todos os casos analisados neste estudo tiveram uma evolução favorável até à alta.

Nota — Tratamento recomendado da faringite estreptocócica¹³ — Penicilina Benzatínica em aplicação única i.m. (600 000 a 1 200 000 U.I. consoante o peso), Penicilina Benzatínica (600 000 U.I.) + Penicilina Procaínica (300 000 U.I.) + Penicilina G cristalina (300 000 U.I.) também em aplicação única i.m. Penicilina V (250 mg b.i.d.) oral durante dez dias ou Eritromicina se houver alergia à Penicilina.

Este trabalho, motivado pelos relatos de vários centros chamando a atenção para o reaparecimento de uma doença que estava esquecida e que, como aponta Denny¹⁵, é uma patologia nunca vista pela nova geração dos médicos americanos, não demonstrou um ressurgimento da Febre Reumática. No entanto, já depois de concluída a recolha dos nossos dados, continuaram a aparecer artigos com referência a novos surtos nos EUA ou fazendo o ponto da situação à luz dos factos recentemente publicados^{14,17,18}.

Apesar de, para a população descrita, termos observado um nítido declínio da doença, não queremos deixar de sublinhar dois pontos.

— A necessidade de efectuar um tratamento correcto da faringite estreptocócica como eficaz prevenção primária da Febre Reumática e a aderência a um programa de prevenção secundária para os doentes afectados por um primeiro surto.

— A um nível mais específico, a importância de estabelecer o diagnóstico de Febre Reumática com base em critérios estritos, internacionalmente aceites, a fim de que os dados estatísticos possam, na realidade, veicular uma informação útil e fidedigna.

CONCLUSÕES

A análise dos casos internados com surtos agudos de Febre Reumática num Serviço de Medicina em dois quinquênios separados por 20 anos comprova o declínio desta doença, (90 casos do grupo antigo vs 26 do grupo recente) não se vislumbrando tendência significativa ao ressurgimento desta patologia, tanto quanto se pode concluir da metodologia utilizada.

Não houve predomínio de sexo em qualquer dos grupos e a idade média foi semelhante, sendo maior nos homens do grupo B. A duração do internamento foi significativamente maior no grupo A, não havendo maior incidência sazonal em qualquer dos grupos.

As polirralgias migratórias, a febre e o compromisso cardíaco eram manifestações clínicas mais encontradas em ambos os grupos, sendo a febre e a cardite significativamente mais frequentes no grupo A.

Não havia diferenças entre os grupos quanto à incidência de poliartralgias, coreia, eritema marginado e nódulos subcutâneos — estes três últimos critérios major eram raros.

Não se observaram diferenças entre o grupo antigo e o recente quanto aos valores da velocidade de sedimentação, leucócitos (valor máximo), proteína C reactiva, título de antiestreptolisina O e ureia. O estudo radiológico detectou cardiomegalia em 32% dos casos do grupo A e 9% no grupo B (não significativo) e o ecocardiograma só foi realizado em 5 doentes do grupo B, havendo dois com alterações. As disritmias e as perturbações de condução aurículo-ventriculares eram pouco frequentes sendo as mais graves encontradas no grupo A ainda que o bloqueio aurículo-ventricular do primeiro grau fosse mais prevalente no grupo B.

A Penicilina foi utilizada em cerca de 4/5 dos doentes. A Prednisona foi mais prescrita no grupo A, ao passo que o Ácido Acetilsalicílico foi o fármaco preferido no grupo B.

As formas recidivantes aparecem em maior número no grupo A (45% vs 23% — não significativo) e por último, a

Febre Reumática teve uma evolução favorável em todos os casos.

BIBLIOGRAFIA

1. LAND MA, BISNO AL. — Acute rheumatic fever. A vanishing disease in suburbia. *JAMA* 1983; 249: 895-8.
2. GORDIS L. — The virtual disappearance of rheumatic fever in the United States: lessons in the rise and fall of disease. The Duckett Jones Memorial Lecture: *Circulation* 1985; 72: 1155-62.
3. Editorial it's rheumatic fever necessary? *JAMA* 1970; 214: 361-2.
4. STOLLERMAN GH. — Rheumatic and heritable connective tissue diseases of the cardiovascular system. In: Braunwald E. *Heart disease: a Textbook of cardiovascular medicine*. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1988; 1706-17.
5. AGARWAL BL. — Rheumatic heart disease unabated in developing countries. *Lancet* 1981; 2: 910-1.
6. TEIXEIRA MA, FALEIRO L, PALMINHA J, QUEIROZ M. — Reumatismo de Infância e Juventude em algumas escolas portuguesas. *Acta Reuma Port* 1973; 1: 7-24.
7. MIGUEL JP, NUNES AC, PÁDUA F. — Rheumatic fever and rheumatic heart disease in Portugal. *World Health Organisation CVD/RF/WP/84*. 8. 1984: 1-5.
8. NUNES AC, MIGUEL JP, DIAS E, PÁDUA JMP, PÁDUA F. — Epidemiologia da doença estreptocócica na população adulta da Musgueira. *Rev. Port. S. Pub.* 1984; 2: 1-16.
9. VEASY LG, WIEDMEIER SE, ORSMOND GS et al. — Resurgence of acute rheumatic fever in the intermountain area of the United States. *N. Engl. J. Med.* 1987; 316: 421-7.
10. STOLLERMAN GH, MARKOWITZ M, TARANTA A, WANNAMAKER LW, WHITTEMORE R. — Jones criteria (revised) for guidance in the diagnosis of rheumatic fever. *Circulation* 1965; 32: 664-8.
11. OLIVÉIRA J, FERREIRA C, LAUREANO SANTOS A, SOARES DA COSTA e SOARES DA COSTA J. — Internamentos por Febre Reumática activa no Hospital de Santa Maria na década de 1970-79. Comunicação ao VI Congresso Português de Cardiologia, Évora, 1983.
12. BISSENDEN JG. — Transatlantic warning bells sound on rheumatic fever. *Br Med. J.* 1988; 296: 1215.
13. BASS JW. — Treatment of streptococcal pharyngitis revisited. *JAMA* 1986; 256: 740-3.
14. BERGMAN AB, WERNER RJ. — Failure of children to receive penicillin by mouth. *N. Engl. J. Med.* 1963; 268: 1334-8.
15. DENNY FW. T. Duckett Jones and rheumatic fever in 1986. The Duckett Jones Memorial Lecture. *Circulation* 1987; 76: 963-70.
16. HOSIER PM, CREENEN JM, TESKE DW, WHELLER JJ. — Resurgence of acute rheumatic fever. *ADJC* 1987; 141: 730-3.
17. FERRIERI P. — Acute rheumatic fever. The come-back of a disappearing disease. *ADJC* 1987; 141: 725-7.
18. GOTSMAN MS. — Rheumatic fever: up-to date. *Curr Opin Card.* 1988; 3: 249-54.

Pedido de Separatas:
J. A. Saavedra
Serviço de Medicina I
Hospital de Santa Maria
Av. Egas Moniz — 1600 Lisboa