



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
Curso de especialização em Saúde da Família

TÍTULO: PREVENÇÃO CARDIOPATIA REUMÁTICA
Projeto de intervenção

NOME: Leonardo Fabricio Demambre Diniz Abreu

Orientadora: Prof^a Dr^a Tania Arena Moreira Domingues

SÃO PAULO
2014

SUMÁRIO

	Página
1. Introdução	
1.1. Identificando a apresentação do problema	3
1.2. Justificativa da intervenção	3
2. Objetivos	
2.1. Objetivo geral	3
2.2. Objetivos específicos	4
3. Revisão Bibliográfica	4
4. Metodologia	
4.1. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção	5
4.2. Contexto da intervenção	6
4.3. Estratégias e ações	6
4.4. Avaliação e monitoramento	7
5. Resultados esperados	7
6. Cronograma	7
7. Referências	7
8. Anexo	7

1. INTRODUÇÃO

1.1 Identificação e apresentação do problema

Ao pensar em prevenção da cardiopatia reumática crônica, devemos voltar nossa atenção para a população mais jovem¹. Sua prevalência mundial é estimada em 15,6 milhões de pessoas, com uma incidência anual de Febre Reumática de 470 mil. A mortalidade em decorrência do acometimento cardíaco é de aproximadamente 230.000 pessoas por ano².

Sabe-se que o tratamento precoce e adequado das faringo-amigdalites estreptocócicas do grupo A com penicilina até o nono dia de sua instalação pode erradicar a infecção e evitar um primeiro surto de FR em um indivíduo suscetível – profilaxia primária⁴ – ou um novo surto em quem já teve a doença anteriormente – profilaxia secundária⁵.

A prevenção secundária é considerada a melhor estratégia custo-efetiva para reduzir a mortalidade e morbidade⁶, não menos importante que a prevenção primária que tem como objetivo identificar novos casos, padronizar e melhorar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes. Sua eficácia na redução das taxas de faringite estreptocócica, recorrências da Febre Reumática Aguda e da progressão da cardiomiopatia reumática é claramente avaliada, podendo levar a uma regressão de leve e/ou moderada das lesões valvulares em uma década^{7,8}.

Outro forte aliado no combate a prevenção da Cardiomiopatia Reumática é a vacina contra o *S. Pyogenes* denominada StreptInCor, desenvolvida no Brasil deve começar a ser testada em seres humanos ainda este ano por pesquisadores do Instituto do Coração (InCor), da Universidade de São Paulo (USP)⁹.

1.2 Justificativa da intervenção

Conscientizar a todos os profissionais sobre a importância do diagnóstico e tratamento adequados da FR evitando as graves comorbidades e custos que afetam a população e o sistema de saúde.

No Brasil, 35% do total das cirurgias por doenças cardiovasculares realizadas são devido à cardiopatia reumática, que consome cerca de dois terços dos recursos gastos anualmente com cirurgia cardíaca¹⁰. Contrapõe a esse cenário a observação da situação epidemiológica da FR nos países desenvolvidos, onde a doença está praticamente sob controle, sendo raro o relato de novos casos.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Prevenir de forma efetiva as complicações, em especial a cardiopatia decorrentes da febre reumática.

2.2. Específico

Construir um protocolo de atendimento aos casos suspeitos dentro da UBS Parque Maria Domitila no bairro de Pirituba – São Paulo.

Orientar e capacitar os profissionais de saúde da unidade através de educação continuada para a melhor abordagem dos casos.

Garantir a disponibilidade na unidade de Penicilina Benzatina.

Implementar a realização do teste rápido para streptococcus do grupo A (Swab de orofaringe).

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Ao analisar as características atuais e as perspectivas dos processos de transição demográfica e epidemiológica no Brasil se constata um rápido envelhecimento da população, algo observado desde a década de 60, quando a taxa de fecundidade começou a diminuir estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional³.

Passados tantos anos, a sociedade já se depara com uma grande demanda por serviços médicos e sociais que devido à falta de uma estratégia efetiva enfrenta sérios problemas na prevenção de doenças crônico-degenerativas e todas suas complicações. Promover o envelhecimento ativo e saudável significa prevenir a perda de capacidade funcional da população idosa através da preservação da sua independência física e psíquica, bem como garantir o acesso a instrumentos diagnósticos adequados, a medicação e a reabilitação funcional¹⁴.

Este trabalho tem como objetivo avaliar um dos muitos parâmetros que podem impactar de forma positiva a qualidade de vida do idoso como a prevenção de complicações cardíacas secundária a Febre Reumática. Fatores ambientais e socioeconômicos contribuem para o aparecimento da doença, uma vez que alimentação inadequada, habitação em aglomerados, ausência ou carência de atendimento médico, automedicação constituem fatores importantes para o desenvolvimento da faringoamigdalite estreptocócica¹⁵, bem como fatores genéticos de suscetibilidade à doença¹⁶. A prevalência de Febre Reumática (FR) e Cardiopatia Reumática Crônica em uma determinada comunidade são reflexos do nível de cuidados preventivos primários¹⁷.

Um paciente que necessita cirurgia cardíaca hoje reflete um surto de Febre Reumática 10 ou 20 anos atrás, que muito provavelmente não foi diagnosticado corretamente ou, como é a maioria dos casos, foi assintomático. Estatísticas internacionais indicam que o Brasil ainda é dos países com maior incidência de Febre Reumática. Os dados que embasam estas estatísticas são resultado de pequenos levantamentos estatísticos, em geral em estados do Sul e Sudeste.

Há motivo para acreditarmos que o valor real de incidência é ainda maior, extremamente elevado considerando que esta, dentre tantas doenças cardiológicas, é a com maior facilidade na prevenção¹¹. A frequência da FR aguda no Brasil depende da região geográfica, porém em todas as regiões observa-se uma redução progressiva do total de internações por esta doença¹². A taxa de mortalidade por CRC em pacientes internados pelo SUS foi de 6,8% em 2005 e de 7,5% em 2007, com gasto aproximado no tratamento clínico de 52 milhões de reais em 2005 e de 55 milhões em 2007.

O diagnóstico de certeza da faringoamigdalite estreptocócica é realizado com o isolamento do microorganismo, entretanto aproximadamente 30% dessas infecções pelo EBGA são de manifestações subclínicas. Esse fato pode resultar na não procura de atendimento médico por parte dos pacientes, assim como no subdiagnóstico da doença por parte dos médicos¹³.

Como um dos elementos principais do combate a enfermidade pesquisadores brasileiros obtiveram o deferimento da patente nos Estados Unidos de um composto eficaz contra a bactéria, que poderá se transformar em vacina⁹.

4. METODOLOGIA

4.1. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A intervenção envolve os pacientes cadastrados na unidade Estratégia de Saúde da Família e todos os pacientes de demanda espontânea atendidos pelo AMA, serviço atualmente integrado ao PSF.

A população adscrita constitui-se por 18.567 pessoas dispostas em 5.233 famílias atendidas pelo PSF. A assistência médica ambulatorial atende aproximadamente 300 pacientes ao dia dos quais 40% correspondem a pacientes da área de abrangência da unidade.

No total a unidade conta com;

CBO	QTD.
Gerente de serviços	1
Cirurgião Dentista	3
Enfermeiros	5
Fisioterapeuta	2
Nutricionista	1
Fonoaudiólogo	1
Médicos da ESF	4
Médico Ginecologista	1
Psicólogo Clínico	1
Assistente Social	1
Auxiliar de Enfermagem	11

Técnico em Saúde Bucal	1
Auxiliar em Saúde Bucal	3
Assistente administrativo	7
Agentes comunitárias de Saúde	30

4.2. Contexto da intervenção

Observamos durante as consultas no PSF Pq. Maria Domitila, Município de São Paulo uma prevalência importante de casos de Faringoamigdalite aguda que devido indisponibilidade de meios rápidos de diagnóstico (Swab de orofaringe), não é possível detectar o Estreptococos do grupo A e assim diferenciá-las das infecções Virais.

As ações dirigidas aos pacientes são tomadas apenas por critérios clínicos pessoais de cada profissional que como toda intervenção humana é passível de erros, resultando em todas as complicações já mencionadas.

4.3. Estratégias e ações

Etapa 1

Capacitar os profissionais e disponibilizar os meios necessários para a confirmação diagnóstica.

Etapa 2

Identificar os casos suspeitos de faringoamigdalite através do Swab de orofaringe e posteriormente a cultura de secreção faríngea em placas de ágar permitindo avaliar a real prevalência de casos em nossa unidade.

Etapa 3

Justificar junto a farmácia a necessidade da disponibilidade de medicações necessárias para a cobertura do tratamento de todos os casos.

Etapa 4

Elaborar protocolo e fluxo de atendimento para os casos suspeitos.

DIA	TEMA	PALESTRANTE
1º	Acolhimento e explanação do projeto: Médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos e Gerencia.	Médico
2º	Confirmação da aprovação do projeto e disponibilidade dos recursos necessários para a realização do mesmo	Gerente
3º	Definição do protocolo e fluxo de atendimento: Médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos e Gerencia	Médicos/Enfermeiros
4º	Utilização racional de uso de antibióticos	Farmacêutico

4.4 Avaliação e monitoramento

As informações colhidas serão tabuladas e armazenadas em um banco de dados para posterior avaliação retrospectiva.

Isso permitirá definir a incidência de casos positivos para infecção por estreptococo do grupo A na UBS Parque Maria Domitila para uma futura e adequada análise.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Que a abordagem de uma Faringoamigdalitis aguda de forma ideal, reduza o número de complicações consequentes da Febre Reumática.

Criação de um banco de dados com informações pertinentes sobre o estudo realizado.

6. CRONOGRAMA

Início em Janeiro de 2015

ATIVIDADE	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Elaboração do projeto	X											
Identificação da população de risco		X	X									
Estudo do referencial teórico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantação do projeto		X	X									
Análise dos resultados									X	X		
Divulgação dos resultados												X
Armazenamento de informações	Indefinido											

REFERÊNCIAS

1. Marijon E, Mirabel M, Celermajer DS, doença cardíaca Joven X. reumática. Lancet. 2012; 13 : 953-964. doi:. 10.1016 / S0140-6736 (11) 61171-9
2. Steer AC, Carapetis JR, Nolan TM, Shann F. Revisão sistemática da prevalência da doença reumática do coração em crianças nos países em desenvolvimento: o papel dos fatores ambientais. J Paediatr Child Health. de 2002; 13 : 229-234. doi:. 10.1046 / j.1440-1754.2002.00772.x

3. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 ago. 2014.
4. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney Jr JM, Kaplan EL, Schwartz RH; Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Clin Infect Dis*. 2002; 35:113-25
5. Bland EF, Jones TD. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: a twenty year report on 1.000 patients followed since childhood. *Circulation*. 1951; 4: 836-43.
6. Consultoria Especializada da OMS de Febre Reumática e Cardiopatia Reumática. febre reumática e doença reumática do coração: relato de uma Consultoria Especializada da OMS, Genebra, 29 outubro - 1 novembro, 2001), Genebra Suíça; 2001, 2004.
7. Steer AC, Colquhoun S, Kado J, Carapetis JR. A profilaxia secundária é importante para a prevenção da febre reumática recorrente no Pacífico. *Pediatr Cardiol*. 2011; 13 : 864-865. doi:. 10.1007 / s00246-011-9966-z
8. Steer AC, Carapetis JR. Prevenção e tratamento da doença cardíaca reumática no mundo em desenvolvimento. *Nat Rev Cardiol*. 2009; 13 : 689-698. doi:. 10.1038 / nrcardio.2009.162
9. FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.bv.fapesp.br/pt/auxilios/27937/vacina-contr-o-streptococcus-pyogenes-avaliacao-da-modulacao-da-resposta-imune-em-amostras-de-sangu/>
10. Torres RPA. Febre reumática: epidemiologia e prevenção. *Arq Bras Cardiol*. 1994;63(5):439-40.
11. Tanaka ACS. Febre reumática: critérios diagnósticos e tratamento. In: Timerman A, Cesar LAM, editores. *Manual de Cardiologia - Socesp*. São Paulo: Atheneu; 2000.
12. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Disponível em:<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>
13. Dajani AS. Current status of nonsuppurative complications of group A streptococci. *Pediatr Infect Dis J*. 1991; 10 (Suppl.): S25-S7.
14. World Heart Federation Diagnóstico e Tratamento da Aguda Febre Reumática Rheumatic Heart Disease. Genebra: World Heart Federation antes; 2007 atualizada em 2008.
15. Cunningham MW. Pathogenesis of group A streptococcal infections. *Clin Microbiol Rev*. 2000 Jul; 13 (3): 470-511
16. Guilherme L, Ramasawmy R, Kalil J. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: genetics and pathogenesis. *Scand J Immunol*. 2007 Aug-Sep; 66 (2-3): 199-207

17. Massel B. Rheumatic fever and streptococcal infection: unraveling the mysteries of a dread disease. Harvard Univ Press: Cambridge; 1997.