

Bibliografia brasileira sobre febre reumática de 1980 a 2002

Brazilian bibliography on rheumatic fever since 1980 up to 2002

Seleção de artigos e comentários feitos por

Acir Rachid⁽¹⁾

Cientes de que os interessados em febre reumática (FR) encontram expressiva dificuldade em coletar dados bibliográficos nacionais, dispusemo-nos a compilar esta bibliografia. Achamos conveniente nos limitarmos às publicações em português, porquanto em outras línguas há o uso possível do *Index Medicus*. Não foram incluídos artigos escritos por brasileiros e publicados em periódicos de outra língua, porque fugiria de nosso *desideratum*. Eventuais artigos que não constem desta publicação deverão ser inseridos em uma próxima revisão. Separamos os artigos gerais das teses defendidas, porquanto estas últimas se referem a estudos mais amplos e mais originais.

TESES DEFENDIDAS (PUBLICADAS OU NÃO)

Torres RSLA: Prevalência de estreptococos do grupo A e outros grupos sorológicos em crianças abaixo de sete anos de idade em creches na cidade de Curitiba, Brasil. Dissertação apresentada ao curso de pós-graduação em Microbiologia, na Universidade Estadual de Londrina, 2000.

A população estudada por Torres abrangia 248 funcionários com idade mediana de 28 anos e 1768 crianças com idade variando entre quatro meses a seis anos e nove meses, que freqüentavam 16 creches de Curitiba, onde foi observado um aumento de infecções do trato respiratório alto, detectado pelo serviço médico local.

Resultados: os EBHGA foram mais prevalentes entre crianças, 433 de 569 (76,9%), que entre os funcionários, 23 (9,3%) amostras isoladas. As cepas de EGA foram dominantes sobre as dos demais grupos sorológicos isolados de crianças com 433 de 569 (76,9%). Entre os adultos, a somatória dos grupos sorológicos B, C, G, NG (cepas não-grupáveis) 33 de 56 (58,9%) foi superior às de grupo A; nas crianças os EBHGA foram isolados em todas as faixas etárias estudadas. O exame clínico mostrou que algumas crianças apresentavam sinais/sintomas de infecção das vias aéreas superiores,

sendo a linfadenite cervical anterior dolorosa, a hiperemia e o exsudato tonsilefárigeano os mais freqüentemente encontrados entre as crianças portadoras do grupo A. A erosão nos bordos dos orifícios nasais e a escarlatina foram encontradas apenas nas crianças com cultura positiva para grupo A. A coriza foi estatisticamente significativa para o grupo das crianças com exame negativo. **Conclusão:** Foi detectado um grande número de crianças portadoras de EGA distribuídas igualmente entre as faixas etárias estudadas, sendo que a maioria delas se apresentava com sintomas/sinais de infecção das VAS no momento da coleta. Portanto, esses resultados demonstraram que a presença dessa bactéria deve ser considerada no diagnóstico etiológico das infecções de garganta em crianças de baixa idade, principalmente naquelas que freqüentam creches, locais cada vez mais procurados na sociedade atual.

1. Professor titular do Departamento de Clínica Médica da UFPR. Livre-Docente em Reumatologia do DCM, UFPR.

Torres RPA: Estudo de quinhentos casos de febre reumática na cidade de Curitiba: aspectos clínicos e epidemiológicos. Instituição: Universidade Federal do Paraná, Curitiba 1996. (Tese de mestrado).

Segundo Torres(1996), a amostra foi composta de quinhentos pacientes com idade média de 11,5%, variando de dois a 47 anos, sendo 258 (51,6%) do sexo feminino e 242 (48,4%) do sexo masculino, examinados e registrados no período de 01 de outubro de 1986 a 30 de julho de 1994. A população em estudo foi constituída de pacientes atendidos na rede municipal e estadual de saúde pública e em hospitais gerais. A Secretaria de Saúde Pública do Estado do Paraná realizou eventos de divulgação e educação médica para orientar no encaminhamento dos pacientes para este centro (Centro de prevenção e controle da febre reumática e cardiopatia reumática).

Da amostra geral, 36,2% dos pacientes estavam na fase ativa da doença e 63,8%, na fase inativa. As manifestações maiores referidas na fase ativa foram: a artrite em 74,6%, a cardite em 43,4%, a coréia em 14,8%, o eritema marginado em 0,8% e o nódulo subcutâneo em 0,6%.

A idade de surto inicial foi principalmente entre cinco e 15 anos, com pico de incidência aos sete anos. A cardiopatia reumática crônica foi diagnosticada em 170 pacientes. As lesões encontradas foram: insuficiência mitral em 72,3%; a insuficiência aórtica em 23,5%; a dupla lesão mitral em 13,5%; a estenose mitral pura em 4,7%; e dupla lesão aórtica em 2,3%. Três pacientes tinham sido submetidos a tratamento cirúrgico. Em 84,5% dos pacientes em fase ativa da doença detectou-se infecção estreptocócica prévia. Dos 372 pacientes que já tinham diagnóstico da doença, so-

mente 53,5% faziam profilaxia regularmente. Dos 103 pacientes de surtos recorrentes, 81,6% tiveram seu último surto entre seis e 15 anos de idade, 8,7% entre 16 e 20 anos e 9,7% acima de 21 anos.

Ao comparar o grupo de surto único com o grupo de surtos recorrentes, notou-se maior ocorrência de cardite e de cardiopatia reumática crônica severa, e os pacientes deste grupo aderiram menos ao regime profilático. O chamado grupo III, portadores de cardiopatia reumática crônica sem antecedentes da fase aguda da doença, apresentavam cardiopatia leve em 70,0%, moderada em 25% e severa em 4,2%. Nenhum paciente tinha sido submetido a tratamento cirúrgico ou fazia profilaxia. Concluiu-se que:

- a) A febre reumática nesta amostra revela características clínicas e laboratoriais semelhantes às descritas na literatura, com seu surto inicial ocorrendo preferentemente em crianças na idade escolar e manifestando-se principalmente por artrite, cardite e coréia;
- b) O número de pacientes, desta amostra, com profilaxia secundária regular para febre reumática mostra-se insatisfatório;
- c) Os pacientes com surtos recorrentes têm menor adesão ao regime profilático, e apresentam maior incidência de cardite e cardiopatia reumática crônica severa;
- d) Há uma parcela significativa de recorrências da febre reumática, inclusive na idade adulta.

Soares JJ, et al: Cintilografia com Galio-67 na doença reumática. Instituição: Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992. (Tese de doutorado).

Há um certo interesse em usar a cintilografia miocárdica pelo Galio-67 na FR. O trabalho de Soares et al. em um estudo no INCOR-SP utilizou 36 pacientes com cardite reumática e confirmou 31 casos com cintilografia positiva, sendo que 25 mostraram histopatologia positiva e seis, negativa. As cinco cintilografias que foram negativas também tiveram estudo histopatológico negativo. Se os pacientes estavam na fase crônica da doença, a correlação cintilogra-

fia-anatomia-patologia foi coerente, mostrando que o exame é útil não só para detectar o processo inflamatório do miocárdico como também para indicar uma biópsia endomiocárdica, considerada exame padrão para indicar a existência de infiltrado linfocitário. Estes dois exames se complementam para afirmar a atividade da doença na fase crônica e aguda.

Miyague NI: Estudo clínico da cardite reumática ativa. Instituição: Universidade Federal do Paraná, Curitiba 1991. (Tese de mestrado em cardiologia).

Segundo Miyague (1991), foram estudados 56 pacientes portadores de cardite reumática ativa, internados no Hospital Pequeno Príncipe, em Curitiba, no período de dezembro de 1983 a setembro de 1987.

Vinte e cinco pacientes (45%) eram masculinos e 31 (55%), femininos. A idade variou de três a 16 anos, com a média de 9,5 mais ou menos 2,8 anos.

Os pacientes foram divididos em dois grupos: Grupo I (21 pacientes na classe funcional I e II segundo a NYHA) e Grupo II (35 pacientes nas classes funcionais III e IV). Os pacientes foram examinados, acompanhados e tratados segundo as regras clássicas da febre reumática. As conclusões dessas observações foram:

- a) Nos pacientes com cardite reumática ativa, o acometimento de valva mitral é a mais freqüente, sendo a insuficiência mitral a lesão prevalente;
- b) A recorrência da FR coincide, habitualmente, com o quadro de cardite grave;
- c) Freqüência cardíaca mais elevada ocorre, usualmente, na cardite reumática grave, com redução significativa após o tratamento;
- d) Existe correlação linear entre o aumento da área cardíaca ao Raio X e o quadro clínico inicial. Quando os pacientes com cardite reumática grave apresentam melhora clínica; constatou-se diminuição significativa do índice cardiotorácico;
- e) Em relação ao eletrocardiograma, revela-se o intervalo PR o único dado, com diferença significativa, na análise dos casos, com ou sem cardite grave, não apresentando, todavia, variação importante após o tratamento;
- f) A pulsoterapia revela-se recurso de grande valia para os casos com cardite grave, constituindo-se o repouso prolongado requisito importante para a boa evolução clínica na maioria dos pacientes;
- g) Há evidências de que o fator miocárdico seja elemento importante para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca, constatando-se melhora clínica, radiológica e ecocardiográfica em lesões valvares graves, sob tratamento clínico;
- h) A indicação cirúrgica na cardiopatia reumática, com cardite grave, deve depender de judiciosa decisão, sem delonga excessiva, mas sempre depois de tratamento medicamentoso efetivo.

Garcia, CEA: Avaliação clinicopatológica das valvas excisadas cirurgicamente na cardiopatia reumática. Instituição: Universidade Federal do Paraná, 1990. (Tese de mestrado em cardiologia).

Estudadas as valvas cardíacas e biópsias de aurículas de 133 pacientes operados por cardiopatia reumática severa de 1966 a 1987 no Hospital das Clínicas da UFPR. O diagnóstico patológico de febre reumática foi determinado pela presença de nódulo de Aschoff.

Somente dois casos (1,5%) preencheram critérios de Jones para o diagnóstico de FR, e não foi observado nódulo de Aschoff em nenhuma das biópsias de aurícula. Existiam nódulos de Aschoff nas valvas cardíacas em 24 casos (18%), provando mais uma vez que esta é uma atividade subclínica

de difícil reconhecimento. Pareceu que o nódulo de Aschoff se correlacionou melhor com a insuficiência cardíaca do que aos critérios clínicos classicamente aceitos de FR.

Garcia ressalta a importância de manter a profilaxia secundária em todos os pacientes que apresentam FR aguda e/ou cardiopatia reumática estabelecida, com a finalidade de evitar o agravamento das lesões valvares preexistentes e da função miocárdica, em caso de haver nova infecção por um estreptococo reumatogênico B-hemolítico do grupo A.

Rocha GA: Vias de ativação de complemento em moléstia reumática Instituição: Universidade Federal do Paraná, 1987. (Tese de mestrado em cardiologia).

Em sua tese, Rocha (1987) pode concluir que:

- a) Demonstrada evidência, na FR aguda, de ativação em ambas as vias de sistema de complemento, clássica e alternativa;
- b) Não houve correlação significativa entre os níveis de fragmento BA e a relação C4d/C4, o que mostra que as duas vias de ativação se desenvolvem independentemente;
- c) Na maioria dos pacientes, a melhora da atividade clínica da doença é acompanhada pela queda de relação C4d/C4 plasmática;
- d) Na presença de cardite grave, não ocorre redução da relação C4d/C4, indicando a manutenção, por mais

tempo, da atividade inflamatória não detectada pelos exames laboratoriais comuns;

- e) Não houve correlação entre os níveis de produtos circulantes de ativação de complemento com os indícios clínicos e laboratoriais de atividade da doença;
- f) Encontrou-se baixa positividade de imunocomplexos na presente pesquisa.

Foram estudados 24 pacientes portadores de FR, na fase aguda, e acompanhados por seis meses. Neste grupo foram incluídos três pacientes com coréia de Sydenham.

OUTRAS TESES

Pileggi GCS: Aspectos clínicos da febre reumática em crianças no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP/FMRP), Ribeirão Preto, 1997. Ferriani VPL. PA: São Paulo. (Tese de mestrado).

Pavan MFB: Febre reumática: perfis imunoquímicos desenvolvidos por antígenos celulares e extracelulares do *streptococcus pyogenes* e isotipos de anticorpos de paciente com a doença. Instituição: Faculdade de Ciências Farmacêuticas, São Paulo, 1996. Shimizu SH. (Tese de doutorado).

Resumo: Como seqüela de faringite aguda causada por *S. pyogenes*, cerca de 3% dos indivíduos acometidos desenvolvem Febre Reumática (FR), uma doença grave de difícil diagnóstico, não existindo uma prova laboratorial segura para a mesma. Neste trabalho foram analisados, pela técnica de Westernblot, os antígenos (ag) celulares e extracelulares de *S. pyogenes* em frente a 188 soros, dos quais 56 de pacientes com FR aguda, 91 com suspeita de infecção estreptocócica e 41 controles sadios, visando identificar as bandas antigênicas reativas com os diferen-

tes isotipos de anticorpos (ac). Os 'AC' IGg identificaram, no 'AG' celular, bandas maiores que 100 kda, que reagiram exclusivamente com os soros de pacientes e especificidades de 100% no diagnóstico da doença. Os perfis imunoquímicos desenvolvidos principalmente por 'AG' celular e 'AC' IGg, em conjunto com a presença de 'AC' IGa, constituem marcadores da patogênese da febre reumática. Os dados mostraram ainda capacidade potencial da técnica para discriminar pacientes reumáticos de indivíduos sadios.

Lotufo PA: Doenças cardiovasculares no Brasil: estudo de caso da tendência da mortalidade no Estado de São Paulo, 1970-89. Instituição: Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 1993. Lolio CA. São Paulo. (Tese de mestrado).

Resumo: As tendências históricas da mortalidade por doenças cardiovasculares, doença isquêmica do coração, hipertensão, doença cerebrovascular, outras formas de doença reumática do coração e de febre reumática foram

estudadas no Estado de São Paulo, na população com 20 anos ou mais, entre 1970 e 1989. Os coeficientes de mortalidade ajustados por idade apresentaram um declínio anual por todas as causas de óbito de 0,65.

Weidebach WFS: Imunogenética da febre reumática: associação com os antígenos hla-dr7 e dr 53 definida pela técnica de microlinfocitotoxicidade e pela análise do polimorfio do comprimento dos fragmentos de restrição. Instituição: Instituto de Ciências Biomédicas de São Paulo, 1992. Filho K, Elias J. (Tese de mestrado).

Resumo: Estudamos portadores de febre reumática para definir marcadores de susceptibilidade genética relacionados ao sistema HLA. Com caracterização antigênica de pacientes pelo método de microlinfocitotoxicidade, não se definiu qualquer associação entre antígenos HLA de classe I e presença de FR. Antígenos de classe II foram estudados pela sorologia, evidenciando associação significativa entre a presença de FR e antígenos HLODR7 ($p=0,00715$) e DR53 ($p=0,000061$). Não foi observada associação com antígenos DQ. Com estudo dos antígenos HLA de classe II o nível de DNA com a técnica de RFLP com sondas de cDNA para DR beta, DQ alfa, DQ beta e DP beta, foi detectada associação significativa entre pre-

sença de FR e fragmento de 13,81 Kb nas auto-radiografias correspondentes à digestão do DNA com taq 1 e à hibridização com sonda dr beta (alogenotopo taql/dr-beta/13,81 Kb) correlacionado às especificidades dr53 e dr16. Não foi possível evidenciar fragmentos associados à presença de FR nas radioautografias resultantes da hibridização com sondas dq alfa, dq beta ou dp beta. Resultados sugerem participação definitiva do locus DR na gênese da susceptibilidade à febre reumática. Apresentação de peptídeos estreptocócicos processados ao receptor de células T, por meio das moléculas de classe II poderia gerar, por reatividade cruzada, resposta imune voltada contra componentes do próprio hospedeiro.

Ran H: Avaliação cardíaca prospectiva de pacientes com febre reumática. Instituição: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1997. (Tese de mestrado).

Alves KBF: Determinação do título superior de normalidade dos anticorpos anti-estreptolisina O (ASLO) para uma população de indivíduos sadios, entre 2 e 17 anos, residentes na cidade de São Paulo, Brasil. Instituição: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1997. (Tese de doutorado).

Peres RB: Antígenos HLA em portadores de cardiopatia reumática crônica. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1994. (Tese de mestrado).

Lamas MCP: Níveis séricos e urinários de penicilina G benzatina após administração intramuscular em crianças com febre reumática e grupo-controles. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1990. (Tese de mestrado).

Robinson WM: Fatores genéticos e ambientais na susceptibilidade à febre reumática e à cardiopatia reumática crônica. Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Biociências. Curso de pós-graduação em Genética. Rio Grande do Sul, 1981. Salzano, Francisco Mauro. (Tese de doutorado).

Quaresma MR: Determinação do título superior de normalidade aos anticorpos estreptolisina O (ASLO) para uma população na cidade de São Paulo, Brasil. Trabalho apresentado à Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista Medicina para obtenção do grau de doutor, 1997 (Tese de doutorado).

Caracterização celular e humoral periférica dos epitópos imudominantes de proteína M do *S. pyogenes* em pacientes portadores de doença reumática. Instituição: Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo. Departamento de imunologia, 2000. (Tese de mestrado).

Oshiro SE: Expressão de antígeno D8/17 em linfócitos 3 de pacientes brasileiros com febre reumática e síndrome de la Tourette. Instituição: Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo. Departamento de Imunologia, 2000. (Tese de mestrado).

PUBLICAÇÕES EM REVISTAS MÉDICAS DE 1980 A 2002

Laus E: Contribuição ao estudo da febre reumática na região de Ribeirão Preto. *Medicina* 12: 7-16, 1980.

Araújo FR, Parize, MCC, Maranhão EA, Cunha MCA: Aspectos imunológicos da febre reumática. *Ars Curandi Cardiol* 3: 43-4, 46-8, 50, 1981.

Atra E, Goldemberg J: Corticoesteróides em afecções reumáticas. *Rev Bras Med* 38: 609-21, 1981.

Arguelles E: Febre reumática. Diagnóstico, evolução e prognóstico da fase aguda. *Ars Curandi* 15: 63-81, 1982.

Arguelles E: Quadro clínico da fase aguda da febre reumática. *Ars Curandi* 15: 95-132, 1982.

Battendieri E, Barbosa GG: Das primeiras 172 intradermoreações com antígenos estreptocócicos para detectar crianças predispostas à doença reumática. *J Pediatric* 52: 130, 1982.

Blacher C, Zielinsky P, Leaes P, Torres NE, Rodrigues R: Doença reumática ativa. Estudo prospectivo. *Arq Bras Cardiol* 39: 373-5, 1982.

Foram estudados 48 pacientes e constatada uma alta frequência de cardite grave e os demais achados comparáveis aos da literatura.

Giorgi DMA: Hemograma e eletroforese das proteínas na fase aguda da doença reumática. *Ars Curandi Cardiol* 4: 11-2, 1982.

Laurindo FRM: Provas de resposta imunológica ao estreptococo. *Ars Curandi Cardiol*. 4: 14-22, 1982.

Abensur H, Seferiam P, Gregory T: Etiologia, patogenia e histopatogenia da doença reumática. *Rem Cardiol* 2: 175-86, 1983.

Castro FC: Profilaxia do surto inicial da febre reumática. *Ars Curandi Cardiol* 5: 12-5, 1983.

Chen SR, Câmara CA, Kuniyoshi EK, Correa MC: Métodos profiláticos da doença reumática. *Rem Cardiol* 2: 221-7, 1983.

Couto AA, Carneiro RD: Febre Reumática. *Arq. Bras. Med.* 57: 163-4, 1983.

Laurindo IM, Bouso A, Soriano F: Exames laboratoriais na doença reumática. *Rem Cardiol* 2: 201-7, 1983.

Lichtenstein A, Pereira E, Velloso LG, Listik MS: Panorama atual da doença reumática e os critérios de Jones. *Rem Cardiol* 2: 188-200, 1983.

Machado CG, Faria EF, Szajnbok M, Nori MT: Tratamento da doença reumática. *Rem Cardiol* 2: 208-20, 1983.

Oliveira A: Febre reumática. *J Bras Med* 45: 31-42, 1983.

Rachid A: Diagnóstico diferencial das artropatias da infância. *Rev Bras Reumatol* 23: 3-6, 1983.

Ribeiro D, Andrade PJ, Ribeiro HH: Estudo comparativo das hospitalizações por cardiopatias reumática e chagásica em Fortaleza. *Rev Med Univ Fed Ceará* 23: 43-7, 1983.

O internamento por cardiopatia reumática foi dez vezes maior do que a chagásica. Ressaltam a elevada incidência da cardiopatia reumática em nosso meio.

Arguelles D: Fase aguda da febre reumática. Tratamento e profilaxia. *Ars Curandi* 17: 143-54, 1984.

Arguelles E: Febre Reumática. Valor dos exames laboratoriais na fase aguda. *Ars Curandi* 17: 112-30, 1984.

Arguelles E: Exames complementares não laboratoriais. Valor da fase aguda da febre reumática. *Ars Curandi* 17: 126-43, 1984.

Couto AA, Martins JC, Mansur EM, Alves ML, Nascimento MA, Parize MC, Pinheiro LA, Faria CA, Vicer HJ, Cunha VW, Almeida CS, Pareto JRC, Carneiro RD: Metilprednisolona intravenosa em altas doses (pulsoterapia: possível solução terapêutica para a Febre Reumática ativa com cardite grave). *Arq Bras Cardiol* 43: 97-101, 1984.

Os autores trataram 8 pacientes com cardite grave, a maioria em franca insuficiência cardíaca com o esquema de metilprednisolona 1 g EV diariamente.

Couto AAM, Martins JC, Alves M, Mansur E, Azevedo ML, Dargaine C M, Faria C, Maciel WA, Tinoco S, Pareto JRC, Almeida C, Souto C: Pulsoterapia na Febre Reumática ativa com cardite. *Ars Curandi Cardiol* 6: 24-41, 1984.

Gus I.: Perspectivas da doença reumática no Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol* 43: 209-11, 1984.

Oliviera RL: Febre reumática aguda. Alterações em 56 pacientes. *Rev Bras Reumatol* 24: 5-10, 1984.

Alves JGB, Passos AM, Leal E: Febre reumática em crianças atendidas na cidade de Recife. *Folha Med* 91: 199-200, 1985.

Foram estudadas 102 crianças com FR de 1976 a 1984: 24% apresentaram recorrências, sendo a maioria por não cumprimento das regras de profilaxia; 44% tinham lesões cardíacas importantes.

Bastos W, Spelling KPF: Febre reumática. Quadro clínico, critério de Jones. *Pediatr Mod* 20: 407-9, 412-4, 1985.

Feitosa SK: Febre reumática: diagnóstico laboratorial. Erros diagnósticos mais freqüentes. *Pediatr Mod* 20: 417-8, 1985.

Goldenberg J: Febre Reumática. Etiopatogenia. *Pediatr Mod* 20: 399-400, 403-4, 1985.

Hilario MOE: Febre reumática: conduta terapêutica. *Pediatr Mod* 20: 421-2, 1985.

Jacques Houli: Febre reumática. *Folha Méd* 90: 347-82, 1985.

Jacques Houli: Reumatologia Prática: parte IV. A clínica da febre reumática. *Arq Bras Med.* 59: 377-82, 1985.

Moreira RGF, Plotkowski MCM, Suassuna I.: Testes fisiológicos para a diferenciar o estreptococo beta hemolítico de interesse humano. *Rev Bras Patol Clin* 21: 180-93, 1985.

Toporovski J: Estreptococcias. *Pediatria (São Paulo)* 7: 111-20, 1985.

Victo H, Borges Filho S, Couto AA, Cunha VW, Pereto R: Valvulopatia mitral: aspectos clínicos e indicação cirúrgica. *Arq Bras Med* 59: 263-74, 1985.

Os autores salientam os vários procedimentos usados para avaliar esta deterioração valvar, mas acentuam que o comprometimento miocárdico pode ser causado pela agressão direta de doença reumática.

Diógenes M, Manes J, Alvarenga W, Malta MC: Artrite de Jaccoud: artrite pós febre reumática. Relato de 1 caso. *Rev Bras Ortop* 21: 30-2, 1986.

Marques EA, Oliveira EV, Rodrigues D: Frequência do isolamento de *Streptococcus beta-hemolítico* em materiais clínicos. *Rev Bras Patol Clin* 22: 160-76, 1986.

Patricio MFG, Patricio SF: Febre Reumática. *Unidade Med* 5: 23-6, 1986.

Atra E, Pollak DF: Diagnósticos errôneos da febre reumática. *Rev Bras Reumatol* 27: 167-75, 1987.

Foram estudadas 126 crianças acompanhadas no ambulatório de um hospital não universitário. Delas, 122 foram encaminhadas com o diagnóstico inicial de FR. Após ampla análise clínica e laboratorial apenas 18 mantiveram o diagnóstico inicial de FR. Os autores analisam os vários diagnósticos que levaram a esta conclusão.

Bodanese LC, Busato II A, Dutra KM, Copobianco MG, Pereira FL: Diagnóstico diferencial: Febre Reumática aguda *versus* endocardite infecciosa. *Acta MD (Porto Alegre)* 127-37, 1987.

Couto AA, Ruas FJ, Oliveira G, et al: Pneumonite Reumática e pulsoterapia. *Arq Bras Med* 61: 155-6, 1987.

Os autores mostram uma rápida recuperação de um paciente com febre reumática com insuficiência respiratória grave, tratado por pulsoterapia em três dias consecutivos, tendo sido usada a metil-prednisolona.

Couto AA, Oliveira GMN, Leite A, et al: Duração da atividade reumática em pacientes tratados com corticóide oral *versus* pulsoterapia. *Arq Bras Cardiol* 48: 171-3, 1987.

Sousa ACS, Perez MA, Ribeiro MV, Marin Neto JA: Coréia de Sydenham e lesão orovalvular cardíaca. *Arq Bras Cardiol* 49: 165-8, 1987.

Em 35 portadores de coréia de Sydenham havia lesão orovalvular em 10 (28,5%). Nove destes pacientes apresentavam também outras manifestações reumáticas: artrite em 70%, cardite em 40% que antecederam as manifestações coréicas em 1-12 meses. Recomendam profilaxia como nas outras formas de febre reumática.

Carvalho JJM: Aspectos preventivos em cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 50: 59-67, 1988.

Couto AA, Carneiro RD, Girardi JM, Oliveira GMM: Estado atual da patogenia da doença reumática. *Arq Bras Cardiol* 50: 75-8, 1988.

Resende C: Febre reumática. *Ars Curandi* 21: 14, 16, 19, 1988.

Samarz, AM: Diagnóstico da febre reumática: um problema atual. *Arq Bras Med* 62: 325-32, 1988.

Sato EI, Pessoa, ALDP: Febre reumática. *Clin Med* 12: 14, 1988.

Schubsky V, Feldman D, Goldenberg J, Santos Filho DV: Doença reumática. *Ars Curandi Cardiol* 10: 14, 16, 17, 1988.

Silva CC, Oliveira EFR, Marques EA: Comportamento bioquímico de amostras de *Streptococo beta hemolítico*. *Rev Bras Patol Clin* 24: 10-3, 1988.

Bastian AJ, Estevinho NA, Silva ML: Ecodoppler qualitativo como instrumento complementar em pacientes reumáticos com ausculta cardíaca normal. *Arq Catarin Med* 18: 197-200, 1989.

Este estudo mostrou que, dos 13 pacientes com ausculta normal, quatro tinham disfunção valvar (3 com insuficiência mitral leve e 1 com insuficiência tricúspide).

Decourt LV: Doença reumática: profilaxia medicamentosa das recorrências, análise de aspectos normativos. *Foalha Med* 98: 125-9, 1989.

Ferreira BT, Merquiro VL, Figueiredo AMS, Benchetrit LC: Estatística aplicada à microbiologia: análise das alterações morfológicas promovidas pela penicilina em estreptococos. *Folha Med* 99: 259-63, 1989.

Couto AA, Westphal OD, Tambara CL: Estado atual da profilaxia da febre reumática. *Arq Bras Med* 64: 203-4, 1990.

Terrei MTSLRA, Araújo LHP, Fonseca AS, Hilário MOE: Aspectos imunológicos da Febre Reumática. *Rev Bras Alergia Immunopatol* 13: 68-72, 1990.

Couto AA, Suzuki A, Tâmbara CL: Pulsoterapia com metilprednisolona em cardite reumática ativa. *Arq Bras Cardiol* 72: 601-6, 1991.

Couto AA, Suzuki A, Tâmbara CL, et al: Pulsoterapia com metilprednisolona na cardite reumática ativa. *Arq Bras Med* 65: 121-6, 1991.

Setenta pacientes foram tratados com ciclos de 1 g de metilprednisolona IV, 2 a 3 dias consecutivos na 1.^a e 2.^a semana. Geralmente após a falha da corticoterapia oral. Todos fizeram prévio tratamento para possível estrogênio.

Galegaro JUM, Carvalho ACM, Campos Silva ER, Medeiros M, Gomes EF: Gálio 67 na febre reumática: experiência preliminar. *Arq Bras Cardiol* 56: 487-92, 1991.

Lisboa RC, Barros CP, Barros HMT: Aspectos clínicos e laboratoriais de pacientes hospitalizados por coréia reumática. *Rev AMRIG* 36:10-22, 1991.

Foram vistos 49 pacientes com idade média de 12,3 anos. Fora os movimentos coréicos, o sinal neurológico mais freqüente foi a hipotonia e a poliartrite, o sintoma mais associado. Os autores têm a impressão de que, depois de um período longo de menor incidência desta doença, ela passou a ser mais freqüente.

Lisboa RC, Barros CP, Barros HMT: Aspectos clínicos e laboratoriais de pacientes hospitalizados por coréia reumática. *Rev AMRIGS* 35: 19-22, 1991.

Goldenberg J, Ferraz MB, Fonseca ASM, Hilário OMO, Bastos W, Sachetti S: Coréia de Sydenham: achados clínicos e laboratoriais. Análise de 187 casos. *Rev Bras Med* 110: 152-7, 1992.

Hilário MOE, Len C, Goldenberg J, Fonseca AS, Ferraz MB, Naspitz CK: Febre Reumática: manifestações articulares atípicas. *Rev Assoc Med Bras* 38: 214-6, 1992.

Foram estudados 93 pacientes em 117 surtos. Estudada particularmente a artrite. Em 45 pacientes havia artrite e cardite. Em 7 artrite e coréia. Em 4 artrite, cardite e coréia. A artrite foi migratória em 75 surtos e auditiva em 42. Poliarticular em 64 e pauciarticular em 36. Monoartrite em 3. Monoartrite em 3 pacientes. Em 5, foi vista artrite coxofemural como manifestação inicial da doença.

Hilário MOE, Len C: Artrite aguda na infância. Um desafio diagnóstico. *Pediatr Mod* 28: 312-3, 1992.

Hilário MOE, Goldenberg J, Len C, Fonseca AS, Ferraz MB, Naspitz CK: Febre reumática, manifestações articulares atípicas. *Rev Ass Med Bras* 38: 214-6, 1992.

Silva ML, Barão Filho TL, Fernandes VR, Teodosio SM, Maciel WL: Febre Reumática: manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento em 40 casos. *Arq Catarin Med* 21: 209-17, 1992.

São analisados 40 surtos de FR no ambulatório de 2 hospitais universitários. Das 34 crianças a cardite ocorreu, em 80% e não houve diferença significativa entre artrite e coréia. Os nódulos subcutâneos e o eritema marginado tiveram baixa ocorrência. No ecocardiograma a lesão mais freqüente foi a insuficiência mitral.

Barão Filho TL, Silva ML, Fernandes VR, Back IC, Amaral AJ: Febre reumática. *Arq Catarin Med* 22: 119-26, 1993.

Análise de 53 crianças com o diagnóstico de febre reumática em que foram encontrados com cardite 94,3%, artrite em 60,3%, coréia em 7,5%, eritema marginado e nódulos subcutâneos com 1,9% cada.

- Couto AA, Tâmbara C, Garcez CM, Camilo B: Avanços terapêuticos em cardiologia: parte 9. Os antimicrobianos em cardiologia. *Arq Bras Med* 67: 419-22, 423-5, 1993.
- Gus I, Zaslavsky C, Seger JMP, Machado RS: Febre reumática aguda. *Pesquisa Med* 27: 35-44, 1993.
- Herdy G, Haddad V: Ruptura da corda tendíneas e febre reumática. *Arq Bras Med* 67: 321-2, 1993.
- Noronha LL: Febre reumática: diagnóstico, quadro clínico e prognóstico. *Pediatr Mod* 29: 517-8, 522-3, 1993.
- Sawaya S: Febre reumática: Etiopatogenia *Pediatr Mod* 29: 517-533, 1993.
- Tomazoni W: Colagenoses associadas. *Rev Cientif AMECS* 2: 54-9, 1993.
- O autor relata um caso de associação da febre reumática e poliarterite nodosa e revê toda a literatura.
- Kopel L: Febre Reumática: tratamento e profilaxia. *Pediatr Mod* 29: 524-6, 1993.
- Atik FA, Cordis EB, Carmo J, Souza JAP: Febre reumática: avanços no estudo da patogênese nas últimas décadas. *Arq Bras Cardiol* 63: 311-9, 1994.
- Atik FA, Cordis EB, Carmo J: Febre reumática: doença auto-imune. *Arq Bras Cardiol* 73: 82-95, 1994.
- Carmo HF, Vilela RG, Alvarenga SL, et al: Ainda a febre reumática. *Rev Bras Reumatol* 34: 61-4, 1994.
- Couto AA, Oliveira GMM, Magalhães CK, Costa CLP, Passos KCR, Garcez CMF: Avanços em cardiologia: estenose mitral. *Arq Bras Med* 68: 221-4, 1994.
- Gus I, Zaslavsky C, Seger JMP, Machado RS: Semiologia da febre reumática. *Rev St Casa* 6: 1121-6, 1994.
- Michelin F, Pretto AA, Pratavieira JC, et al: Epidemiologia e prevenção da febre reumática no Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol* 63: 441-2, 1994.
- Rocha OM, Cossermelli W: Curso de reumatologia para o clínico geral. Aula 6; Febre Reumática. *J Bras Med* 67: 195-206, 1994.
- Snitcowsky R, Camargo PR, Tanaka ACS, Guilherme L: Febre reumática. Atualização e reciclagem. *Cardiologia. Atheneu* 1994. pp. 429-39.
- Torres RPA: Febre reumática: epidemiologia e prevenção. *Arq Bras Cardiol* 63: 439-40, 1994.
- Asbahr FR: Sintomas obsessivo-compulsivos e coréia de Sydenham: psicopatologia e sistema imunológico. *Rev ABP-APAL* 17: 7-10, 1995.
- Gracie ESL, Sbaifi F: Epidemiologia da febre reumática e o programa de erradicação e profilaxia da FR no Estado do Rio de Janeiro. *Rev SOCERJ* 9: 11-4, 1996.
- Levy RA, Albuquerque EMN: Patogênese da febre reumática. *Rev SOCERJ* 9: 15-19, 1996.
- Magalhães MEC: O ecocardiograma na febre reumática. *Rev SOCERJ* 9: 32-7, 1996.
- Mercadante MT, Miguel FEC: Transtorno obsessivo-compulsivo e síndrome de Tourette em pacientes com febre reumática com ou sem coréia de Sydenham. Aspectos fenomenológicos e laboratoriais. *Rev Assoc Med Bras* 42: 61-2, 1996.
- Silva AE: O laboratório na fase aguda da febre reumática. *Rev SOCERJ* 9: 26-8, 1996.
- Sztajnbok FR: Critérios diagnósticos da Febre Reumática. *Rev SOCERJ* 9: 20-5, 1996.
- O autor chama a atenção para os critérios atualizados modernamente, mas apela para o bom senso clínico, pois que nem sempre os pacientes podem dispor de todos exames e há a possibilidade de sintomas ou sinais atípicos da doença.
- Couto AA: Pulsoterapia em cardite reumática ativa. *An Acad Nac de Med* 157: 104-108, 1997.

Couto AA: Febre Reumática. Parte I. Atualização. Arq Bras Med 71: 141-7, 1997.

Gubert IC, Kucharski LD, Vizzotto JAO, Leão MTC: Avaliação crítica do diagnóstico e profilaxia secundária de 259 casos de febre reumática. Rev Med Paraná 54: 48-54, 1997.

Revisados os prontuários de 259 casos de FR atendidos no Hospital de Clínicas da UFPR no período de janeiro de 1992 a novembro de 1994. Dos 547 pacientes, 259 (47,3%) tinham firmado o diagnóstico de cardiopatia reumática, dos quais apenas 61,5% preenchiam os critérios de Jones para o diagnóstico de febre reumática.

Guilhoto LMFF, Pereira RMR, Schainberg CG, Yoshinari NH: Coréia de Sydenham: revisão da literatura. Rev Bras Reumat 37: 267-70, 1997.

Quaresma MR: Determinação do título superior de normalidade dos anticorpos antiestreptolisina O (ASO) para uma população de indivíduos saudáveis, entre 2 e 17 anos, residentes na cidade de São Paulo. Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina para obtenção do grau de Doutor. São Paulo, 1997, p. 138.

Oliveira SKF: Artrite reativa pós-estreptocócica ou febre reumática atípica. Rev Bras Reumatol 37: 103-108, 1997.

Refere principalmente as diferenças em AR e Pe e a FR: menor tempo de latência, maior duração a artrite, resposta terapêutica menos dramática. Refere que alguns casos mostram posteriormente ter havido uma cardite silenciosa.

Oliveira SKF: Febre reumática: dificuldades diagnósticas. Arq Bras Pediatr 4: 83-7, 1997.

Ressalta a necessidade de valorizar a amigdalite estreptocócica, o período de latência e os critérios de Jones.

Reno JJ, Mercadante MT, Rosário MC, Shavitt RG, Busatto FG, Miguel EC: Transtorno obsessivo-compulsivo em pacientes com síndrome de la Tourette e febre reumática sem coréia de Sydenham. Rev Psiquiatr Clin 23/24: 28-31, 1996, 1997.

Gubert IC, Lerner H, Camargo Neto: Estudo dos níveis de anticorpos antiestreptolisina O e variações com a idade, em crianças em idade escolar de Curitiba. Rev Med Paraná 55: 35-40, 1998.

Herdy GWH, Lipka P, Couto AA, Souleyman CAO, Drummond S: Pulsoterapia em crianças com cardite reumática. J Pediatr 64: 317-23, 1998.

Estudadas 20 crianças com cardite reumática e tratadas com pulsoterapia (metilprednisolona IV). A melhora da função ventricular pelo ecocardiograma. Não ocorreu nenhuma morte. O tempo de internamento foi de 5/7 semanas.

Pomerantzeff FMA, Brandão CMA, Faber M, et al: Plástica de valva mitral em portadores de febre reumática. Rev Bras Cir Cardiovasc 13: 211-5, 1998.

Sbaffi F, Bica BE, Cabral SA: Resultados do consenso sobre febre reumática. J Pediatr 74: 77-8, 1998.

Atik F A, Dias AR, Pomerantzeff PMA, Barbero MM, Stolf NAG, Jatene AD: Evolução imediata e tardia das substituições valvar em crianças menores de 12 anos. Arq Bras Cardiol 73: 419-25, 1999.

Silva CHM: Febre reumática: um estudo multicêntrico no Estado de São Paulo. Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo 54: 85-90, 1999.

Diniz J, Alvarenga PG, Hounia A, Miguel EC: Marcador D8/17: Implicações para a neuropsiquiatria. Arq Neuropsiquiatr 56: 366-70, 2000.

Discutem as implicações com este marcador biológico de transtornos neuro-psiquiátricos associados ou não à FR.

Carvalho MF, Azevedo FCH, Schiavoni GB, et al.: Cirurgia cardíaca em pacientes com cardiopatia reumática ativa. XXIII Congresso Bras Reumatol P-132, 41: S-68, 2000.

Fonseca ASM, Souza MB, Pinheiro EO: Febre reumática ativa no Hospital da UFRN. XXIII Congresso Bras Reumatol P-129, 40: 567, 2000.

Entre janeiro de 1998 e maio de 2000 foram atendidos 98 pacientes com FR ativa, dos quais 65 (66,3%) com artrite, 56 (57%) com cardite e 19 (19,4%) com coréia. Ocorreram 2 óbitos em consequência da enfermidade. A alta incidência de casos graves e recidivas salientam as deficiências no diagnóstico, profilaxia primária e secundária nesta região.

Gauditano G, Bonaldi VLN, Hiratauka RC, Kiss MH, Yoshinari NH: Aspectos imunológicos comuns entre a doença de Lyme e a febre reumática. *Rev Bras Reumatol* 40: 11-18, 2000.

Guilherme L, Kalil J: Febre Reumática: conhecimento atual da etiologia. In: Timerman A, Machado C, Antonio L, Perreira MF, Bertolami MC. *Manual de Cardiologia*. SOCESP, Atheneu. pp. 265-270, 2000.

Lanna CCD, Carvalho MAP, Meira ZMA, Barros MVL, Mota CCC: Valvulite Reumática subclínica: análise do primeiro surto e seguimento 5 anos depois. TL-037 XXIII Congresso Bras Reumatol, 40 Supl. 1, p.S32, 2000.

Marques FJ, Carvalho AG, Aranha MF, Aranha LN: Avaliação da prescrição e aplicação da penicilina benzatina na região noroeste do Estado de São Paulo. *Rev Bras Reumatol* 40 (supp.) 566, 2000.

Pileggi GC, Ferrini VPC: Manifestações articulares atípicas em crianças com Febre Reumática. *J Pediatr* 76: 49-54, 2000.

Estudados 120 surtos em 109 crianças e observadas as seguintes características: cardite em 62%, artrite em 77%, coréia em 32%, nódulos subcutâneos em 2,5% e eritema marginado em 1,7%. Havia acometimento de pequenas articulações, coluna cervical e coxofemorais e em 13 a duração da artrite foi maior do que 3 semanas.

Oliveira SK, Knupp S, Carvalho J, Lohmann AE, Cunha JMT: Aumento dos níveis de moléculas de adesão solúveis na febre reumática. P-108 XXIII Congresso Bras Reumatol. *Rev Bras Reumatol* 41: S62, 2000.

Spelling PF, Nikosky JG: Incidência de moléstia reumática em um serviço de Curitiba. Relato de 81 casos. *Rev Med Paraná* 58: 5-16, 2000.

Foram vistos 267 pacientes no ambulatório do Hospital Evangélico no período de 1986 a 1997. A cardite estava presente em 66,7%, a poliartrite em 49,4%.

Tanaka ACS: Febre reumática: critérios diagnósticos e tratamento. Timerman A, Machado C, Antonio L, Perreira MF, Bertolami MC. *Manual de Cardiologia*. SOCESP. São Paulo. Atheneu, p.271-4, 2000.

Terreri MT, Moixés VA, Albuquerque PP, et al: Alterações ecocardiográficas em pacientes com febre reumática com ou sem evidência de cardite clínica. Seguimento de 5 anos. P-113 XXIII Congresso Bras Reumatol *Rev Bras Reumatol* 41: Supl. 1S63, 2000.

Os autores chamam a atenção para a possibilidade da cardite assintomática em pacientes com FR e para a importância do ECO-Doppler para o diagnóstico desta manifestação e seguimento da doença.

Torres RPA, Cunha CLP, Miyague NI: Estudo de 500 casos de febre reumática na cidade de Curitiba. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, 19: 73-75, 2000.

Gauditano G, Bonaldi VLN, Hiratsuka RC, Kiss MH, Yoshinari NH: Aspectos imunológicos comuns entre a doença de Lyme e a febre reumática. *Rev Bras Reumatol* 40: 1-8, 2001.

Marques Filho J: A aderência à profilaxia da doença reumática e a penicilina benzatina. *Rev Bras Reumatol* 41: 131-2, 2001.

Rachid A, Magalhães FLGM: Artrite reativa pós-estreptocócica em paciente com cardiopatia reumática. *Rev Bras Reumatol* 41: 253-56, 2001.

Uma paciente que apresentava cardiopatia valvar reumática há muitos anos, sem nenhuma recorrência da febre reumática passou a apresentar um quadro diagnosticado como artrite reativa pós-estreptocócica.

Scheibel IM, Xavier RM, Brenol JCT: Avaliação da adesão à profilaxia secundária da febre reumática. *Rev Bras Reumatol* 41: 220-224, 2001.

Silva NA, Oliveira AC: Febre reumática. *Rev Bras Reumatol* 41: 137-139, 2001.

Carvalho MFF, Fuzil EO, Linck Jr A, et al: Achados ecocardiográficos em pacientes com febre reumática. PO-116 XXIV Congresso Bras Reumatol. Rev Bras Reumatol 42, Supl. 1, S72, 2002.

Foram estudados 149 pacientes no ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina. Dos 149 pacientes, 48 apresentavam ecocardio normal (32,2%). A valva mitral foi a mais acometida, seguida da válvula aórtica e, em menor número, a valva tricúspide.

Fae KC, Oshiro SE, Guilherme L, Kalil J: Doença reumática cardíaca: Linfócitos T CD4, principais mediadores das lesões cardíacas. Rev Bras Reumatol 42: 241-6, 2002.

Galdeano MA, Galdeano A, Galdeano VR, Santos RC, Simões AA: Profilaxia da febre reumática: conhecimento *versus* importância. PO-82. XXIV Congresso Bras Reumatol. Rev Bras Reumatol 42, supl.1, p. S63, 2002.

O conhecimento sobre a FR é insuficiente e há necessidade de incrementar a educação médica a respeito.

Guilherm L, Kalil J: Febre reumática: da definição do agente etiológico do século XX à compreensão da patogênese da doença e possibilidade de imunoterapia. Rev Bras Reumatol 42: IX-X, 2002.

Macieira JC, Belém JLO, Araújo CSC: Insuficiência cardíaca como manifestação isolada da febre reumática. PO-138. XXIV Congresso Bras Reumatol Rev Bras Reumatol 42: S77, 2002.

Apresentam um curioso caso em que não havia outras manifestações da FR, a não ser a parte cardíaca.

Moraes AJP, Soares PMF, Leal MM, Sallum AMF, Lotito APN, Silva CAA: Aspectos da gravidez e pós-parto de adolescentes portadoras de febre reumática. TL 10. XXIV Congresso Bras Reumatol Rev Bras Reumatol 42, supl.1, p. S33, 2002.

Nenhuma paciente reativou a FR no parto ou puerpério imediato.

Pereira BAF, Silva NA, Almeida Netto JC: Controvérsias no diagnóstico e no manejo da febre reumática. Rev Bras Reumatol 42: 236-40, 2002.

Rachid A: Avaliação de outros métodos de diagnóstico da febre reumática. Rev Bras Reumatol 42: 231-5, 2002.

Santos FRQ, Santos WJO, Mendes, et al: Bloqueio átrio-ventricular total na febre reumática. Rev Bras Reumatol 42: 206-8, 2002.

Terreri MT, Leon C, Hilário MOE, Goldenberg J, Ferraz MB: Utilização de recurso e custos de pacientes com febre reumática. Rev Bras Reumatol 42: 211-37, 2002.

Os autores concluem que a febre reumática acarreta um importante impacto sócio-socio-econômico no Brasil (cerca de 1,3% da renda familiar).