

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA EM PACIENTES COM FEBRE REUMÁTICA

Roberta Mayra Vilela Reis¹; Talita Ribeiro de Figueiredo Silvério Alves²; Gislene Guimarães Garcia Tomazini³

¹Acadêmica do 8º período do curso de Fisioterapia; Centro Universitário de Itajubá- FEPI; roberta_132007@hotmail.com

²Acadêmica do 8º período do curso de Fisioterapia e integrante da liga da saúde da mulher; Centro Universitário de Itajubá-FEPI; talita7ribeiro@yahoo.com.br

³Docente do curso de Fisioterapia, Orientadora do Projeto de Iniciação Científica; Centro Universitário de Itajubá-FEPI; gislenefisioterapia@yahoo.com.br

RESUMO

A febre reumática (FR) é uma complicação tardia, inflamatória, que causa infecção das vias aéreas superiores pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A. Pode acometer diferentes tecidos, e ocorre, principalmente, em crianças e adolescentes com faixa etária entre 5 e 15 anos de idade e geneticamente predispostos. O diagnóstico da FR é um dos mais difíceis em pediatria, devido ao polimorfismo do seu quadro clínico e a falta de exames laboratoriais específicos da doença. Atualmente, pelo aumento da sobrevivência desses pacientes, os ambulatórios de reumatologia pediátrica têm que lidar com uma população cada vez maior de adolescentes e, portanto, com questões próprias da adolescência, entre elas: o desenvolvimento da sexualidade, o início cada vez mais precoce da atividade sexual e suas possíveis consequências como doenças sexualmente transmissíveis (DST) e gravidez. As principais manifestações são decorrentes do comprometimento inflamatório de articulações, SNC e pele, as mais características são artrite, cardite, coréia, nódulos subcutâneos e eritema marginado. A febre reumática é uma doença que necessita de tratamento prolongado, o que pode ocasionar distúrbios psicológicos frequentes e abandono de tratamento, causando limitações funcionais e psicossociais, piorando a qualidade de vida do paciente. Onde a atuação da fisioterapia tem um papel importante para diminuir essas limitações e melhorar a qualidade de vida desses pacientes. Esse trabalho objetiva realizar uma revisão de literatura para evidenciar a fisioterapia no benefício desses pacientes com febre reumática. Trata-se de uma revisão de literatura especializada, realizada no período de Agosto de 2015, no qual foi realizada consultas em artigos científicos através de busca no banco de dados: www.scielo.org e www.bireme.br. A fisioterapia como principal objetivo visa a capacidade funcional do paciente promovendo maior independência e qualidade de vida. O tratamento fisioterápico é dividido em estágio agudo, subagudo e crônico. A fisioterapia está direcionada a minimização da dor, aumentar a mobilidade das articulações e fortalecimento muscular.

Palavras-chave: Febre Reumática, Fisioterapia e Qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

A febre reumática (FR) é uma complicação tardia, inflamatória, que causa infecção das vias aéreas superiores pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A (SILVA, et, al. 2010). Pode acometer diferentes tecidos, incluindo coração, articulações e sistema nervoso central, e ocorre, principalmente, em crianças e adolescentes com faixa etária entre 5 e 15 anos de idade e geneticamente predispostos (ROBAZZI, et, al. 2014).

Não há predomínio de cor e afeta ambos os sexos, ainda que o prognóstico seja pior para as mulheres. Aproximadamente 233.000 pessoas morrem todos os anos em consequência desta doença. Na América Latina, 21.000 casos de FR aguda ocorrem anualmente (PEIXOTO, et, al. 2011).

No Brasil, a FR ainda é um problema relevante de Saúde Pública, sendo uma das doenças que acarreta maiores custos para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois exige repetidas consultas ambulatoriais e frequentemente determina múltiplas internações hospitalares e cirurgias cardíacas

para correção das sequelas valvares (PEIXOTO, et, al. 2011).

O diagnóstico da FR é um dos mais difíceis em pediatria, devido ao polimorfismo do seu quadro clínico e a falta de exames laboratoriais específicos da doença. Atualmente, pelo aumento da sobrevivência desses pacientes, os ambulatórios de reumatologia pediátrica têm que lidar com uma população cada vez maior de adolescentes e, portanto, com questões próprias da adolescência, entre elas: o desenvolvimento da sexualidade, o início cada vez mais precoce da atividade sexual e suas possíveis consequências como doenças sexualmente transmissíveis (DST) e gravidez (MORAES, et, al. 2006).

As principais manifestações são decorrentes do comprometimento inflamatório de articulações, Sistema nervoso central (SNC) e pele, as mais características são artrite, cardite, Coréia, nódulos subcutâneos e eritema marginado (CARVALHO, et, al. 2009).

A febre reumática é uma doença que necessita de tratamento prolongado, o que pode ocasionar distúrbios psicológicos frequentes e abandono de tratamento, causando limitações funcionais e psicossociais, piorando a qualidade de vida do paciente. A fisioterapia tem um papel importante para diminuir essas limitações e melhorar a qualidade de vida desses pacientes. Assim o objetivo desse artigo é esclarecer sobre a febre reumática e a atuação da fisioterapia nessa doença.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura especializada, realizada no período de Agosto de 2015, foram realizadas consultas em artigos científicos através dos bancos de dados: www.scielo.org e www.bireme.br.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As pacientes com FR tornam-se adolescentes e adultos jovens com vida sexual ativa e têm a possibilidade de constituir família. Tem sido observado um aumento da frequência de gravidez em adolescentes portadoras de doenças crônicas reumatológicas, refletindo o que está acontecendo na sociedade como um todo. Justificando assim a falta de uma orientação em relação à sexualidade e uso de métodos anticoncepcionais na rotina do atendimento.

As pacientes apresentaram, predominantemente, valvulites leves (com função miocárdica normal) evoluindo sem descompensação cardíaca e reativação da FR durante a gravidez.

Segundo SANTANA, et, al, (2006) o mecanismo patogênico envolvido na origem da doença parece estar ligado a uma reação cruzada de anticorpos produzidos originalmente contra produtos e estruturas dos estreptococos, os quais reconhecem o tecido do indivíduo afetado (como coração, cartilagem articular e SNC), desencadeando assim todo processo inflamatório. Essa reação cruzada é conhecida como mimetismo molecular, onde as células do hospedeiro são alvos para anticorpos produzidos primariamente contra produtos de um agente infeccioso. Sabe-se que ambas as respostas imunes mediadas por linfócitos B e T estão envolvidos no processo inflamatório da FR. Além disso, também há produção de citocinas inflamatórias que exacerbam a reação autoimune, sendo responsáveis pela progressão e manutenção da lesão valvar crônica.

O processo inflamatório desencadeado no coração está associado a uma reação cruzada entre a proteína M do *Streptococcus pyogenes* e as proteínas miosina, queratina e outras proteínas do tecido cardíaco humano. O **Streptococcus pyogenes** induz uma inflamação no miocárdio e no endotélio da valva cardíaca que é facilitada a infiltração de células T. A lesão articular surge devido à semelhança do ácido hialurônico do estreptococo com o ácido dos tecidos humanos, ocorrendo a formação de anticorpos que atuam contra a cartilagem das articulações. O acometimento da doença no SNC por provável mecanismo imune relacionado à infecção estreptocócica prévia, dão origem a coréia de Sydenham (CS), tiques, distonias, parkinsonismo, desordens emocionais e distúrbios do sono além de alterações nos gânglios da base (SANTANA, et, al, 2006).

O tratamento da FR consiste em duas etapas: sintomática e profilática: o tratamento sintomático consiste basicamente no uso de antiinflamatórios não-hormonais (AINHs) nas manifestações articulares e em corticoterapia quando há acometimento cardíaco. A Profilaxia basea-se no tratamento de infecções estreptocócicas na orofaringe com o objetivo de evitar o surgimento da FR, com aplicação de dose única de penicilina benzatina (SANTANA, et, al, 2006).

A febre reumática necessita de tratamento prolongado, o que pode ocasionar distúrbios psicológicos frequentes e abandono de tratamento. Assim como limitações funcionais e psicossociais, piorando a qualidade de vida do paciente. Crianças que enfrentam essa situação apresentam distúrbio de déficit de atenção, asma, epilepsia, doenças psiquiátricas, artrite idiopática juvenil e outras (CARVALHO, et, al. 2009). Onde a atuação da fisioterapia tem um papel

importante para diminuir essas limitações e melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

Segundo Thomson e Alison (1994), o tratamento fisioterápico é dividido em estágio agudo, subagudo e crônico. No estágio agudo a fisioterapia ainda não é benéfica onde o paciente permanece em repouso apenas auxiliado por medicamentos analgésicos, antiinflamatórios e antibióticos. No estágio subagudo a fisioterapia é indicada para a mobilização articular que está direcionada a minimizar a dor, e ao fortalecimento muscular. É indicado o gelo em aplicações nas articulações para a diminuição da dor em estágio agudo, exercícios ativos livres para a movimentação das articulações.

A hidroterapia é eficaz na redução da dor e encorajamento do paciente em realizar os movimentos. A água morna permite que pessoas incapacitadas movam-se de maneira livre sem sentir dor e movimentos difíceis a serem realizados na terra. Comumente a dor diminui na água, na qual pode ser estabelecida pelos seguintes fatores de estímulos sensitivos aumentados pela turbulência, pressão e temperatura da água, atividade muscular diminuída consequência do relaxamento ganho a partir da flutuação na água, compressão articular diminuída secundária à flutuação na água e estimulação mental e social aumentada causando a distração para a dor do paciente (SILVA, 1999). A água aquecida também trabalha a fraqueza muscular onde a água fornece uma resistência de forma leve e sua viscosidade permite a resistência ao corpo em seu movimento.

Para os pacientes que já desenvolveram a febre reumática, o tratamento é específico para a região envolvida: uso de repouso e antiinflamatórios nas artrites, medicamentos específicos para o coração, corticóides e repouso absoluto na cardite (inflamação do coração), drogas específicas para o Sistema Nervoso Central e corticóides para a coréia. Após a crise, coloca-se o paciente em um esquema de prevenção da infecção pelo estreptococo, usando-se a penicilina benzatina a cada 21 dias. Se ocorreu o envolvimento cardíaco, deve-se usar a profilaxia para o resto da vida ou, na impossibilidade disso, até os 30 a 35 anos de idade. Nos pacientes não portadores de lesão cardíaca, fica determinado seu uso até os 18 anos de idade (BÉRTOLO, *et.al.*2009).

A fisioterapia analisa as capacidades e limitações do paciente, para a partir daí desenvolver um plano de tratamento. A reabilitação cardiorespiratória tem como objetivo liberar as vias respiratórias das secreções e aumentar a capacidade ventilatória do pulmão (PINHEIRO, 2013).

Os benefícios do programa fisioterápico são a redução da frequência

cardíaca de repouso, a diminuição dos níveis de pressão arterial, o aumento do consumo de oxigênio, a melhora da força muscular, a melhora da capacidade para realizar as tarefas do dia a dia, a redução da ansiedade e o ganho na qualidade de vida (MATOS, 2012).

O programa de condicionamento físico são aplicados exercícios físicos do tipo aeróbio, como caminhada, corrida, ciclismo e atividades em piscinas, bem como exercícios de alongamento, fortalecimento muscular, equilíbrio e coordenação, que podem ser realizados individualmente ou em pequenos grupos (AZEREDO, 2008).

CONCLUSÕES

A fisioterapia estabelece a capacidade funcional do paciente promovendo maior independência e qualidade de vida. No presente estudo, pode-se destacar a importância do reconhecimento por reumatologistas, pediatras e até mesmo clínicos, de apresentações articulares atípicas no quadro clínico da FR, evitando atrasos diagnósticos desnecessários e, por consequente, atraso terapêutico, com risco de sequelas cardíacas irreversíveis. O tratamento de fisioterapia consiste em avaliar a dor, combater o processo inflamatório, preservar a amplitude articular e a atividade muscular, prevenir deformidades, promover o bem-estar físico, psíquico e social, assim como melhorar a qualidade de vida dos doentes.

REFERÊNCIAS

- AZEREDO, C. A. C. **Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e fisioterapia em terapia intensiva**. 2008.
- BÉRTOLO, M. B.; BRENOL, C. V.; SCHAINBERG, C. G.; NEUBARTH, F. Atualização do Consenso Brasileiro no Diagnóstico e Tratamento da Artrite Reumatóide. **Temas de Reumatologia Clínica**. São Paulo, março de 2009.
- CARVALHO, M. F. C.; BLOCH, K. V.; OLIVEIRA, S. K. F. Quality of life of children and adolescents with rheumatic fever J. **Pediatr.** (Rio J). 2009; 85(5):438-442.
- MATOS, C. M. P. **Benefícios da fisioterapia em pacientes cardíacos**. 2012
- MORAIS, A. J. P.; SOARES, P. M. F.; LEAL, M. M.; SALLUM, A. M. E.; LOTITO, A. P. N.; SILVA, C. A. A. aspectos da gravidez e pós-parto de adolescentes portadoras de febre reumática. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2004; 50(3): 293-6]
- PEIXOTO, A.; LINHARES, L.; SCHERR, P.; XAVIER, R.; SIQUEIRA, S. L.; PACHECO, T.

J.; VENTURINELLI, G. Febre reumática: revisão sistemática. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Paulo, 2011 mai-jun;9(3):234-8.

PINHEIRO, M. **Fisioterapia respiratória.** 2013.

ROBAZZI, T. C. M. V.; ARAÚJO, S. R.; COSTA, S. A. Manifestações articulares atípicas em pacientes com febre reumática. **Rev. Bras. reumatol.** 2014;54(4):268–272.

SANTANA, J.; MARQUES, A. F. G.; CAMPOS, L. L.; ABREU, H. C.; SOUZA, R.; SZTAJNBOK, F. R. Febre reumática: uma revisão com ênfase no comprometimento neurológico. **Adolescência & Saúde** v. 3, nº 3 outubro 2006.

SILVA, A. P.; SILVA, M. L.; SILVA, D. B. Frequência de internações por febre reumática em um hospital pediátrico de referência em um período de 20 anos. **Rev Paul. Pediatr.** 2010;28(2):141-7.

SILVA, C. H. M. Rheumatic fever: a multicenter study in the state of São Paulo. **Rev. hosp. clín. fac. med.** São Paulo 54 (3): 85 - 90, 1999.

THOMSON, A.; AKINNER, A.; PIERCY, J. **Fisioterapia de Tidy.** 1ed. São Paulo: Santos, 1999.