

Maria Cristina
Kuschnir¹

Regina Elizabeth
Muller²

Fabiana Ferreira do
Nascimento³

Aline Souto Maior⁴

Celeste Maria Aquino⁵

Melissa Cavalcanti
Yaakoub⁶

Vanessa Beatriz
Passos Espindola⁷

Elida Azevedo
Hennington⁸

Regina Aquino Xavier⁹

Dialogando sobre diagnóstico, tratamento e prevenção da febre reumática nas cinco regiões do Brasil, a partir de relatos de profissionais médicos: um retrato, em particular, da população adolescente, indígena e ribeirinha

Dialoguing about diagnosis, treatment and prevention of rheumatic fever in five regions of Brazil from reports of medical professionals: a portrait, especially indigenous and riverbank-dwelling adolescents

RESUMO

Objetivo: Conhecer, através de depoimentos, como é a prática médica de tratamento da febre reumática nos distintos contextos regionais brasileiros, bem como identificar, a partir dessas experiências, possibilidades de enfrentamento das adversidades relatadas. **Métodos:** Trata-se de estudo qualitativo, com enfoque em triangulação de métodos. Assim, a análise da pesquisa conjuga, também, uma aproximação crítica dos contextos estudados, bem como dos dados quantitativos sobre cardite reumática no Brasil e revisão bibliográfica. Foram entrevistados médicos pediatras, cardiologistas e reumatologistas pediátricos de hospitais de referência que também tivessem formação de recursos humanos em saúde,

¹Professora Adjunta de Medicina. Professora de Pós-graduação em Avaliação Tecnológica e Saúde do Instituto Nacional de Cardiologia (INC). Professora Adjunta de Medicina de Adolescentes, Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NESA/UERJ), Instituto Nacional de Cardiologia (INC/MS/RJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

²Doutorado e Mestrado em Ciências Sociais e Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Médica, Instituto Nacional de Cardiologia/MS/RJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³Pedagoga. Especialista em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Psicopedagoga, Universidade Cândido Mendes (UCAM), Instituto Nacional de Cardiologia (INC/MS/RJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴Doutora em Ciências Sociais Universidade de Guanajuato. Mestre em Política Social, Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói, RJ. Assistente Social, Instituto Nacional de Cardiologia (INC/MS/RJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁵Psicóloga. Especialista em Saúde Mental Infante-Juvenil, Pontifícia Universidade Católica (PUC). Instituto Nacional de Cardiologia (INC/MS/RJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁶Assistente Social. Mestre em Política Social, Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói, RJ. Assistente Social, Instituto Nacional de Cardiologia (INC/MS/RJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁷Psicóloga. Instituto Nacional de Cardiologia (INC/MS/RJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁸Doutorado e Mestrado em Saúde Coletiva Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) Campinas, SP, Medicina pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói, RJ, Docente, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁹Doutora em Cardiologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre em Saúde Coletiva, Instituto Nacional de Cardiologia (INC/MS/RJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Maria Cristina Kuschnir (cristina.kuschnir@gmail.com) - Instituto Nacional de Cardiologia, Divisão de Saúde Coletiva, Rua das Laranjeiras, 374, 5º andar, Laranjeiras. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 22240-006.

Recebido em 03/07/2014 – Aprovado em 28/03/2015

das cidades de Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília, Salvador, Recife, Manaus e Rio Branco. As entrevistas foram realizadas no período de novembro de 2009 a julho de 2011. **Resultados:** Apesar da crescente evolução tecnológica na área da saúde, algumas doenças continuam sendo tipicamente relacionadas às desigualdades sociais. O levantamento indica que, em todas as regiões, persiste a dificuldade de acesso ao atendimento médico e também a precariedade socioeconômica que se traduz, entre outras coisas, em insuficiência de renda e más condições de moradia. **Conclusão:** As condições existentes colaboram para que a febre reumática continue a ser um grave problema de saúde em nosso país, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Além disso, aspectos geracionais específicos da adolescência por um lado e, por outro, a diversidade regional e também cultural, no caso de indígenas e populações ribeirinhas, podem agravar as dificuldades vivenciadas por esses grupos, em relação à doença, exigindo, assim, políticas adequadas para esses determinados grupos.

> PALAVRAS-CHAVE

Saúde do adolescente, febre reumática, cardiopatia reumática, saúde de populações indígenas.

> ABSTRACT

Objective: To explore the treatment of rheumatic fever through testimonials on medical practice in different Brazilian regions, using these experiences to identify possibilities for coping with reported adversities. **Methods:** This qualitative study focuses on triangulation methods, with the survey analysis blended with a critical approach of the contexts studied, as well as quantitative data on rheumatic heart disease in Brazil and a review of the literature. Interviews were conducted with pediatricians, pediatric cardiologists and rheumatologists in referral hospitals that also offered healthcare training for human resources in the cities of Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília, Salvador, Recife, Manaus and Rio Branco. Interviews were conducted from November 2009 to July 2011. **Results:** Despite steadily progressing technological developments in healthcare, some diseases are still typically tied to social inequalities. The survey indicates that difficulties in accessing healthcare persist all over Brazil, together with social and economic instability that is reflected by insufficient income and poor housing, among other factors. **Conclusion:** These conditions underpin the continuation of rheumatic fever as a serious health problem in Brazil, especially in the North and Northeast. Furthermore, specific generational aspects of adolescence on the one hand and regional and cultural diversity on the other, particularly in indigenous and riverbank communities, can exacerbate the difficulties imposed by this disease on these specific groups, thus requiring appropriate policies for these segments of the population.

> KEY WORDS

Adolescent health, rheumatic fever, rheumatic heart disease, health of indigenous peoples.

> INTRODUÇÃO

A febre reumática (FR) é uma doença multissistêmica e não supurativa, que ocorre em indivíduos geneticamente predispostos após uma faringoamigdalite causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A de Lancefield (EBGA), sendo desencadeada por respostas imunológicas inadequadas.

O quadro clínico inicia-se entre 4 e 6 semanas após a infecção pelo EBGA, sendo as manifestações mais comuns a artrite e a cardite. A coreia pode se manifestar até 7 meses após a infecção estreptocócica^{1,2}. O diagnóstico é clínico.

Em 1944, foram criados os Critérios de Jones, que reúnem uma série de manifestações clínicas e laboratoriais que contribuem para a

especificidade do diagnóstico³. Esses critérios foram revalidados pela *American Heart Association* (AHA) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, mas questionamentos surgiram por conta do exame ecocardiográfico não ter sido incluído como um dos critérios diagnósticos⁴.

A cardite é a complicação mais temida. É a única que pode deixar sequelas, com evolução para cardiopatia reumática crônica (CRC), que compromete a qualidade de vida, podendo levar, inclusive, ao óbito⁵. A cardite ocorre entre 40% e 70% dos casos e pode ser classificada como leve, moderada ou grave⁶.

A FR e a CRC estão associadas a determinantes sociais e ambientais, como precariedade socioeconômica, que se traduz em condições

habitacionais insalubres e aglomeração, o que favorece a disseminação de infecções estreptocócicas nas vias aéreas superiores^{1,6,7}.

Segundo estimativas baseadas no modelo epidemiológico da OMS, e de acordo com o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁸, ocorrem, no país, cerca de 13 milhões de faringoamigdalites estreptocócicas por ano, perfazendo o total de 38.500 novos casos de FR e 19.000 casos de cardite.

Vale ressaltar que as ações de saúde desenvolvidas até hoje têm se mostrado insuficientes para o adequado controle da FR^{6,9,10}.

A FR é considerada “das doenças cardíacas, a mais passível de prevenção”¹¹, uma vez que existem condutas comprovadamente eficazes, no que se refere tanto à prevenção primária, quanto à prevenção secundária, evitando-se novas recidivas e piora das lesões valvares, através da administração de penicilina benzatina a cada 21 dias^{6,12}.

A administração da penicilina injetável é uma terapêutica dolorosa e depende da adesão do paciente¹³. Observa-se, ainda, a resistência dos profissionais da rede básica de saúde na aplicação da penicilina benzatina, por falta de treinamento adequado¹ e medo de reações adversas⁶, o que gerou a publicação da Portaria 156¹ (MS, 2006)¹⁴, que normatiza sua aplicação no SUS.

A cirurgia cardíaca valvar é considerada uma medida de exceção na cardite, só sendo indicada na falta de resposta ao tratamento clínico^{2,6,15}. Pode ser indicada na CRC mais tardiamente, mas sempre traz consigo, adicionalmente, grande impacto social e econômico, chegando a comprometer 1,3% da renda familiar anual¹⁶. Já o cálculo do índice DALYs – *disability-adjusted life years* (anos potenciais de vida perdidos ajustados para incapacidade) – aponta para 26 anos de vida perdidos por paciente em decorrência da FR^{6,17}.

assistem os pacientes com FR e são responsáveis pela formação de recursos humanos em saúde, é essencial para a construção de estratégias que possam modificar o cenário atual. Diante disso, buscamos entender, a partir dos depoimentos desses profissionais, como é conduzida toda a abordagem da FR em nosso país.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Nacional de Cardiologia (INC), protocolo nº 0231/16.03.09.

MÉTODOS

Trata-se de estudo qualitativo, com enfoque em triangulação de métodos. Nesse sentido, a análise da pesquisa conjuga, também, uma aproximação crítica dos contextos estudados, bem como dos dados quantitativos sobre cardite reumática no Brasil e revisão bibliográfica. Busca-se, assim, uma aproximação da realidade de maneira crítica e em suas múltiplas determinações, realidade essa considerada como dinâmica e em permanente movimento e contradição¹³.

Herdeiras desse pensamento, a medicina social, especialmente a latino-americana, e a saúde coletiva buscam uma compreensão do processo saúde-doença a partir das desigualdades existentes.

Assim, foram entrevistados médicos pediatras, cardiologistas e reumatologistas pediátricos, reconhecidos por notório saber e experiência no tratamento de FR e pela atuação na formação de recursos humanos. As capitais visitadas foram: Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília, Salvador, Recife, Manaus e Rio Branco.

As entrevistas foram realizadas em duplas, sendo uma entrevistadora e outra observadora, entre novembro de 2009 e julho 2011, e transcritas por cinco profissionais de saúde treinadas, não médicas.

Foi elaborado um roteiro com questões sobre: perfil socioeconômico da população; diagnóstico; tratamento; prevenção e promoção da

OBJETIVO

Conhecer a prática de profissionais brasileiros de diferentes regiões do país, que tratam e

saúde; acesso, estrutura e organização dos serviços que compõem o SUS; equipe multidisciplinar.

Os dados foram sistematizados a partir dos preceitos da análise temática que, segundo Minayo (2010, p. 304)¹⁸, visam descobrir os *núcleos de sentido* que fazem parte de uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado¹⁸.

➤ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 25 entrevistas. Houve uma recusa. Todos os serviços contavam com aparelhos de eletrocardiograma, raios X simples e ecocardiograma com *doppler*, para auxiliar no diagnóstico¹³. Todos os serviços contavam com leitos de pediatria e/ou cardiologia pediátrica.

Perfil da população atendida

O levantamento indica que, em todas as regiões, persiste entre a população atendida nos centros de referência a dificuldade de acesso ao atendimento. Frequentemente essa população reside em locais de grande aglomeração e a renda familiar é de até um salário mínimo; os entrevistados relatam que muitos são cadastrados no Programa Bolsa Família.

Ainda baseado em relatos dos entrevistados, na cidade de São Paulo, estima-se que apenas 20% morem de fato na capital; a primeira consulta acontece entre os 12 e os 24 anos, e muitos são pacientes com cardiopatia grave.

Eles vêm dos 12 até os 24 anos, as primeiras consultas dos 12 aos 24 anos [...] em geral não [...] não chegam em atividade, eles chegam com história de vários surtos prévios, geralmente [são] cardiopatas graves, [...] alguns em atividade, a maioria não [está] em atividade, a maioria... assim... eu diria, 90% sem profilaxia adequada, sem reconhecimento da doença. Eles não sabem quem encaminhou, não sabem o que é FR, sabem que têm um sopro importante no coração, mas só 10% com diagnóstico correto. (Entrevistado 16)

Entrevistados relatam que, de acordo com a sua prática, na região Nordeste, 50% dos pacientes são do interior e a grande maioria tem cardite grave. Levantou-se a questão das mães analfabetas e de famílias que vivem em aglomerações, muitas com renda inferior a um salário mínimo.

Baixa escolaridade materna; falta de saneamento básico; escolaridade materna baixa; baixo nível socioeconômico, em termos financeiros; baixo salário... juntando tudo isso aí... E também baixo acesso aos serviços básicos de saúde. Tudo isso aí pinta o quadro que está. (Entrevistado 13)

Não tinha condição nenhuma de a gente liberar esta criança sem uma intervenção cirúrgica. Ela foi operada. Ela evoluiu com escara de decúbito e quase fez um Fournier. Porque a gente veio descobrir observando a calcinha, que vivia suja de fezes ou até mesmo de urina. Ela não sabia o que era banheiro. (Entrevistado 14)

Os resultados apontam que a FR ainda é considerada como um grave problema de saúde pública no Brasil, sendo que, em alguns locais, a situação é ainda mais dramática, caso da Bahia. Vários entrevistados citam o número e a gravidade com que esses pacientes chegam aos serviços. Silva e colaboradores¹⁹ afirmam que, em Salvador, 95% dos pacientes, ao chegarem ao serviço, já têm indicação de cirurgia. Magalhães Filho e colaboradores²⁰ destacam a procedência - residência no interior; o elevado número de crianças por dormitório; a ausência de saneamento básico; o fato de ser pardo ou negro; a baixa escolaridade materna e a renda familiar menor que um salário mínimo: características diretamente relacionadas à cardiopatia reumática.

Diagnóstico e tratamento

Todos os entrevistados concordaram com a afirmação de que o diagnóstico da FR é clínico. Geralmente a abordagem específica só é iniciada depois de avaliação de especialista, cardiopediatra ou reumatologista.

O ecocardiograma é considerado fundamental para a caracterização da doença, mesmo na FR sem sinais clínicos de cardite, apontando, assim, a possibilidade da cardite subclínica⁶. Muitos entrevistados são enfáticos ao afirmar que o ecocardiograma deveria fazer parte dos critérios diagnósticos, mas o acesso ao exame nem sempre é imediato: *"até bem pouco tempo só tinha um aparelho de eco aqui no Acre"*.

Toda criança, para ser encaminhada para um especialista, tem que passar pela pediatria [...] aí o serviço de pediatria a gente já pede lá o ECO, faz a rotina dos exames de rotina mesmo e manda para o especialista. (Entrevistado 8)

Segundo o entrevistado 16, *"a grande maioria não teve o diagnóstico feito na unidade de base"*. A literatura voltada para o tema corrobora esta afirmativa. O entrevistado 13 acrescenta *"...oitenta por cento dos que vêm do interior já vêm com cardite crônica, grave, necessitando de cirurgia devido à dificuldade de acesso, despreparo do profissional e baixa escolaridade materna."*

De maneira geral, os médicos seguem o tratamento preconizado pelas Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico e Prevenção da Febre Reumática - SBC: corticoterapia oral para cardite moderada e grave. Para a cardite leve, utilizam com mais frequência o ácido acetilsalicílico, conduta citada também pelas Diretrizes, que autorizam, nessa situação, também o uso da corticoterapia em doses e duração de tratamento menores^{6,21,22}. Um dos centros estudados utiliza a pulsoterapia com corticosteroide venoso em altas doses, em caso de insuficiência cardíaca (IC) – classes funcionais II, III ou IV²³. Médicos de outros centros admitem a pulsoterapia em casos gravíssimos ou extremos^{6,15,23,24}.

Todos concordam que o repouso é importante; entretanto, a conduta mais frequente consiste em internar o paciente apenas naqueles casos de cardite moderada ou grave, acompanhadas de IC. Os entrevistados veem na internação o momento ideal para *"educar o paciente e a família"*, que desconhecem a doença, sua te-

rapêutica e a maneira de evitar novas recidivas; e momento de *"adaptação à realidade"* (entrevistado 10), já que o paciente terá que fazer uso contínuo do medicamento e poderá ter restrições em relação à vida social e laborativa.

Adesão à profilaxia secundária

O objetivo da profilaxia secundária é prevenir as recidivas da doença e a progressão ou agravamento da lesão cardíaca. O antibiótico de escolha é a penicilina benzatina intramuscular, administrada em intervalos regulares^{6,25}, preconizado pelas Diretrizes Brasileiras: penicilina benzatina de 21 em 21 dias⁶.

Os entrevistados apontam dificuldades em relação à profilaxia secundária, tais como: medo de reação anafilática nas unidades básicas; necessidade de receitas atualizadas e/ou prescritas por médico da própria região; não disponibilidade de anestésico (lidocaína), conforme recomendado pelas Diretrizes⁶ e literatura²⁵, desconhecimento dos médicos sobre a necessidade da profilaxia; maior dificuldade de adesão à profilaxia na adolescência; e falta de equipe multiprofissional que possa observar os motivos da não adesão.

Os entrevistados destacam o papel da educação em saúde para o entendimento das famílias sobre a doença, a necessidade da promoção de mudanças de comportamento na vida do paciente e confiança nos profissionais²⁶.

A equipe de saúde é importante na construção, junto com a família, de uma mudança de cultura, em relação ao entendimento da doença. (Entrevistado 12)

Foi frequente o relato de dificuldades para desenvolver trabalho em equipe, por ausência ou falta de integração entre os profissionais de distintas formações; esse tipo de abordagem, apesar de pouco freqüente, é considerado essencial com adolescentes: *"a gente acaba assumindo esses diversos papéis, e considero não ter competência para isso."* (Entrevistado 12), [pois] *"Quando há trabalho em equipe, a adesão é maior."* (Entrevistado 24).

Acesso e assistência

Segundo entrevistados, o acesso dos pacientes aos serviços de atenção básica ocorre de forma relativamente fácil, mas há dificuldade em encontrar profissionais capacitados para atender pacientes com FR; quanto às unidades de média e alta complexidade, nem sempre é facilitado: são atendidos apenas quando se encontram em estado grave.

Assim, os pacientes do SUS encontram uma grande dificuldade no acesso ao medicamento para continuidade do tratamento, o que gera um custo social para a população, devido ao acesso restrito do paciente, por uma questão do sistema, sistema falho. (Entrevistado 3)

Uma das estratégias para melhorar a adesão é a utilização de cartões de identificação do paciente com doença crônica. O *Cartão de Orientação e Profilaxia de Febre Reumática* tem sido utilizado por vários serviços de referência há mais de 20 anos. O Programa de Prevenção à Febre Reumática – MS (PREFERE)^{16,27} colaborou com a criação do formato atual e ajuda a promover a sua distribuição.

O cartão era excelente. Era uma forma de controle e um substituto da receita. Esses pacientes, por não terem mais o cartão, precisam voltar para pegar nova receita, o que é um problema para quem é do interior ou de outros estados. (Entrevistado 4)

A preocupação com o acompanhamento dos pacientes é notória entre os entrevistados, as grandes distâncias dificultam esse processo.

[...] O sistema de referência e contrarreferência não funciona. Não há como descentralizar. [...] As crianças chegam até ela via pronto-socorro, o pediatra faz uma triagem [pede ECO] e chama um especialista. O acesso é difícil, muitas vezes depende de barco. Recebemos crianças de outros estados do Norte. (Entrevistado 8)

Atenção à cardite reumática: o caso dos adolescentes

A adolescência, caracterizada pela OMS como período de vida entre os 10 e 20 anos, e para o Estatuto da Criança e do Adolescente entre 12 e 18 anos, é uma fase marcada por diversas, intensas e importantes mudanças. Transita-se do corpo infantil à construção de uma identidade adulta. Burd e Miriam²⁸ enfatizam que a vivência de uma doença crônica, como a FR, nesse período, é difícil, porque o adolescente precisa confrontar-se com a dependência de cuidados permanentes efetuados por outros, equipe de saúde e familiares, justamente no momento em que busca a sua identidade e individualidade.

Todos os entrevistados apontaram a adolescência como um período da vida dos pacientes com FR em que o manejo da doença é dificultado pela pouca adesão, tanto ao tratamento, como à profilaxia secundária, e acreditam que uma alternativa poderia ser o investimento em abordagens multidisciplinares. Segundo o entrevistado 15: *"Na adolescência, eles ficam rebeldes; eu ameaço: se não tomar a injeção e ficar doente eu não trato mais, porque aqui eu não posso internar adolescentes."*

O fragmento acima aponta para a resistência desse público a um tratamento doloroso, mas principalmente para o despreparo dos profissionais para lidar com adolescentes e a escassez de serviços específicos para esse público²⁹.

Adolescentes acometidos da FR, de maneira geral pertencentes a famílias em precárias condições socioeconômicas e com dificuldade de acesso a bens e serviços sociais, atravessam os mesmos desafios da adolescência que outros jovens de seus grupos de referência, agravados pela necessidade de cuidados imposta pela doença crônica. As condições objetivas de desenvolvimento desses jovens têm repercussões que se fazem sentir ao longo da vida adulta, em especial em relação às alternativas de empregabilidade, já que se somam baixa escolaridade, precocidade de inserção no mercado de traba-

lho, informalidade e limitações de ordem clínica. Como afirma o entrevistado 16: *"Uma das faces mais terríveis da FR é a dificuldade de arrumar emprego, principalmente o jovem."*

Outra questão ressaltada é o uso de drogas ilícitas por parte dessa população, como mais um complicador no tratamento da FR, conforme ilustra o entrevistado 18: *"Não querem fazer a profilaxia secundária, pois têm medo de misturar droga com medicamento."*

Também a gravidez na adolescência aparece como uma grande inquietação entre os médicos, devido às complicações que podem advir, tanto para a mãe, como para a criança, principalmente se a mãe for adolescente³⁰. Esse é um momento no qual se compreende que a adolescente necessita de cuidados diferenciados, de "uma atenção especial", para além do cuidado clínico.

[...] O paciente chega, às vezes... o menino chega já de filho, grávida, essas coisas todas. E aí a gente começa a ter muito problema emocional, é muito complexo, [...] Eu acho que ,a gente precisaria de alguém. (Entrevistado 24)

A necessidade do trabalho da equipe multidisciplinar é citada repetidamente, como fundamental no acompanhamento de adolescentes. Para atender essa população, o médico, sozinho, sente-se impotente:

Muitas vezes a gente tem que suprir, [...] Mas aí eu fico assim pensando: "puxa, o que está faltando né?" Acho que tá faltando uma outra abordagem, que não existe! (Entrevistada 12)

Diversidades culturais e regionais: a questão indígena e da população ribeirinha

Durante os últimos 50 anos, a posição das minorias e o reconhecimento da natureza multiétnica vieram acompanhados de mudanças legais, principalmente pelo surgimento de organizações de apoio aos indígenas³¹. Isso se deu também na área da saúde.

Com os indígenas nós temos uma casa de apoio da FUNASA, que se chama Casa do Índio. Lá tem uma enfermeira e várias técnicas.

A população indígena é caracterizada por inúmeros grupos e idiomas próprios, sendo impossível definir uma única cultura indígena, o que pode interferir na atuação do médico em relação a procedimentos cirúrgicos³², por exemplo.

Tem algum tipo de seita deles, de tribo, que não aceita o corte, como eu falei [...] na época eu era muito imatura, ainda, com a cultura indígena, eu achava que era tudo igual, que se a criança estava internada e precisava de uma cirurgia, bastava a autorização do pai. Na verdade precisava da autorização do pajé, a tribo não permitia. (Entrevistado 7)

Em relação aos indígenas com FR, além da baixa renda, ainda há a barreira cultural da língua, da sexualidade e das crenças em relação a procedimentos cirúrgicos e medicações. Tornase evidente que a situação de saúde do índio é próxima da realidade vivida pela população carente em geral³¹. Essa realidade também é vivenciada na Austrália entre os aborígenes. Na região amazônica, se, por um lado, índios acometidos pela FR têm grande dificuldade de acesso ao centro de referência, por outro, têm a casa de apoio do índio; *realidade diferente da vivenciada no Nordeste, onde não se tem, nesse sentido, apoio algum e o mesmo acontece na região Norte, onde também existe a dificuldade de acesso ao centro especializado e ao acompanhamento da doença, por parte das populações ribeirinhas: "Então elas vêm assim. A gente marca: "A senhora vem daqui a dois meses". "Ah doutora! Se eu tiver dinheiro para o barco, eu venho. Se eu não tiver, eu não venho". (Entrevistado 8)*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A FR é ainda um grave problema de saúde em nosso país, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. As disparidades culturais socioe-

conômicas agravam as dificuldades em relação à doença e ao seu manejo. São fatores determinantes para a manutenção deste quadro: dificuldade de acesso, falta de organização do sistema de saúde, falta de capacitação de profissionais, carência de atenção multiprofissional e interdisciplinar, dificuldades operacionais para a chegada dos pacientes aos serviços e para a realização da profilaxia secundária.

Faltam estratégias de enfrentamento da doença por parte do Sistema de Saúde. A inexistência de política pública, legislação específica, ou programa de prevenção de âmbito nacional contribui para que a FR mantenha taxas de prevalência ainda bastante elevadas, fazendo com que o Ministério da Saúde gaste grandes somas de recursos financeiros na atenção especializada^{6,9,10}.

A diversidade regional, e também cultural, segundo relatos, geram condições peculiares para a manutenção da FR: as particularidades de cada região, as questões culturais que envolvem o tratamento com medicamentos, bem como a

educação materna, podem se constituir não só em determinantes sociais diretamente relacionadas à presença da doença, como também à gravidade dos pacientes com FR. Destacam-se, ainda, a necessidade de uma boa formação médica, com processos de educação permanente, e o trabalho em equipe multiprofissional.

É importante, ainda, ressaltarmos que temáticas relacionadas às populações indígenas e ribeirinhas, bem como drogas e gravidez na adolescência não estavam relacionadas às questões elaboradas, *a priori*, pelos pesquisadores, mas que surgiram com bastante evidência nos relatos dos entrevistados. Diante disso, sugerimos a necessidade de uma discussão, de um olhar mais aprofundado sobre essas realidades específicas.

NOTA

O trabalho recebeu suporte financeiro do Ministério da Saúde - DECIT (Departamento de Ciência e Tecnologia).

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: report of a WHO expert consultation Geneva, 29 Oct-1 Nov 2001. Geneva: WHO technical report series, 923; 2004.
2. Diógenes MSB, Carvalho AC. Cardite reumática: peculiaridades diagnósticas e terapêuticas. Rev Soc Cardiol Est São Paulo. 2005;15(1):72-8.
3. Jones TD. The diagnosis of rheumatic fever. JAMA. 1944;126:481-4.
4. Vijayalakshmi IB, Mithravinda J, Deva ANP. The role of echocardiography in diagnosing carditis in the setting of acute rheumatic fever. Cardiol Young. 2005;15:583-8.
5. Meira ZMA, Goulart EMA, Colosimo EA, Mota CCC. Long term follow up of rheumatic fever and predictors of severe rheumatic valvar disease in Brazilian children and adolescents. Heart. 2005;91(8):1019-22.
6. Barbosa PJB, Müller RE, Latado AL, Achutti AC, Ramos AIO, Weksler C, et al. Diretrizes brasileiras para diagnóstico, tratamento e prevenção da febre reumática da Sociedade Brasileira de Cardiologia, da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Arq Bras Cardiol. 2009;93(3 Supl 4):1-18.
7. Seckler MD, Hoke TR. The worldwide epidemiology of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease. Clin Epidemiol. 2011;3:67-84.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010 [Internet]. 2010 [citado 2011 Dez 27]. Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>
9. Pinto Júnior VC, Rodrigues LC, Muniz CR. Reflexões sobre a formulação de política de atenção cardiovascular pediátrica no Brasil. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2009;24(1):73-80.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) [Internet]. [citado 2011 Out 24]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>

11. Spina GS. Doença reumática: negligenciada, mas ainda presente e mortal. *Rev Med (São Paulo)*. 2008; 87(2):128-41.
12. Meira ZMA, Goulart EMA, Rocha FD, Bragança CA, Mota CCC. Influência dos surtos de recidiva da febre reumática no desenvolvimento de valvopatia crônica em crianças e adolescentes. *Rev Med MG*. 2008;18(4):236-42.
13. Pelajo CF, Lopez-Benitez JM, Torres JM, De Oliveira SKF. Adherence to secondary prophylaxis and disease recurrence in 536 Brazilian children with rheumatic fever. *Pediatric Rheumatology*. 2010;8:22.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 156 de 19 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 15(1):54.
15. Herdy GVH, Gomes RS, Silva AEA, Silva LS, Lopes VGS. Follow-up of rheumatic carditis treated with steroids. *Cardiol Young*. 2011:1-7.
16. Terreri MT, Len C, Hilário MOE, Goldenberg J, Ferraz MB. Utilização de recursos e custos de pacientes com febre reumática. *Rev Bras Reumatol*. 2002;42(4):211-7.
17. Murray CJL. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *Bull WHO*. 1994;72:429-45.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
19. Silva EEC, Guimarães ICB, Pedrosa KLM, Magalhães Filho J, Souza AKS, Souza PG. Características clínico-epidemiológicas da cardiopatia reumática num serviço de cardiologia pediátrica de hospital terciário. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(3 Supl 1):1-223.
20. Magalhães Filho J, Guimarães ICB, Costa DCA, Pedrosa KLM, Souza PG, Guimarães AC. Determinantes sociais da cardiopatia reumática em crianças e adolescentes. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(3 Supl 1):98.
21. Cilliers A, Manyemba J, Saloojee H. Anti-inflammatory treatment for carditis in acute rheumatic fever. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD003176; 2009.
22. AHA medical/scientific statement. 1994 revisions to classification of functional capacity and objective assessment of patients with diseases of the heart. *Circulation [Internet]*. 1994 Jul [cited 2011 Nov 20];90(1):644-5.
23. Saxena A, Kumar RK, Gera RP, Radhakrishnan S, Mishra S, Ahmed Z. Consensus guidelines on pediatric acute rheumatic fever and rheumatic heart disease. *Indian Pediatric*. 2008;45(7):565-73.
24. Câmara EJN, Braga JCV, Alves-Silva LS, Câmara GF, Lopes AAS. Comparison of an intravenous pulse of methylprednisolone versus oral corticosteroid in severe acute rheumatic carditis: randomized clinical trial. *Cardiol Young*. 2001;12(2):119-24.
25. Carapetis JR, McDonald M, Wilson NJ. Acute rheumatic fever. *Lancet*. 2005;366:155-68.
26. Dean AJ, Walters J, Hall A. A systematic review of interventions to enhance medication adherence in children and adolescents with chronic illness. *Arch Dis Child*. 2010;95:717-23.
27. Nascimento F, Kuschnir MCC, Müller RE, Souto Maior A, Espíndola VBP, Silva MJLM, et al. O trabalho pedagógico com pacientes de febre reumática e cardiopatias: uma experiência no Instituto Nacional de Cardiologia. *Adolesc Saude*. 2009;6(2):25-9.
28. Burd M. O adolescente e a experiência do adoecer: o diabetes mellitus. *Adolesc Saude*. 2006;3(1):12-7.
29. Taquette SR, Vilhena MM, Silva MM, Vale MP. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. *Cad Saude Publica*. 2005;21(6):1717-25.
30. Moraes AJP, Soares PMF, Leal MM, Maluf A, Sallum E. Aspectos da gravidez e pós-parto de adolescentes portadoras de febre reumática. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(3):293-6.
31. Grangeiro A, Escuder MML, Castilho EA. A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço. *Cad Saude Publica*. 2010;26:2355-67.
32. Langdon EJ. Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde do índio. *Saude Soc*. 2007;16:7-12.