REVISTA ELETRÔNICA
Acervo MÉDICO
ISSN 2764-0485

Febre reumática aguda e sua dificuldade diagnóstica

Acute rheumatic fever and its diagnostic difficulty

Fiebre reumática aguda y su dificultad diagnóstica

Milzara Menezes de Souza[1], Júlia Cruvinel Rabello[1], Aline Garcia Islabão[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar a dificuldade diagnóstica da febre reumática aguda (FRA) e suas implicações como problema de saúde pública. **Revisão bibliográfica:** A FRA é uma doença inflamatória sistêmica desencadeada, geralmente, após uma faringotonsilite causada pelo *Streptococcus* β-hemolítico do grupo A. No Brasil ocorrem cerca de 10 milhões de casos de faringotonsilite por ano, com milhares de casos de FRA, dos quais uma parcela evolui com cardite e risco de desenvolver a cardiopatia reumática crônica. Estudos apontam aumento da mortalidade associado, em parte, ao diagnóstico tardio da doença. As dificuldades diagnósticas decorrem da ausência de sinais patognomônicos, da inexistência de exames laboratoriais específicos e de limitações no conhecimento das equipes de saúde. Embora o diagnóstico seja orientado pelos Critérios de Jones e por sua atualização em 2015, a interpretação clínica na prática cotidiana permanece desafiadora, favorecendo o subdiagnóstico e o manejo inadequado dos pacientes. **Considerações finais:** O subdiagnóstico da FRA pode resultar em complicações com repercussões individuais e coletivas. Torna-se fundamental o fortalecimento dos sistemas de saúde, a capacitação de profissionais e a ampliação do acesso a métodos diagnósticos adequados, visando à detecção precoce da FRA, à redução de complicações e à diminuição dos custos em saúde pública.

Palavras-chave: Febre reumática, Cardiopatia reumática, Saúde pública.

ABSTRACT

Objective: To analyze the diagnostic difficulty of acute rheumatic fever (ARF) and its implications as a public health problem. **Literature review:** ARF is a systemic inflammatory disease generally triggered after pharyngotonsillitis caused by group A β-hemolytic *Streptococcus*. In Brazil, approximately 10 million cases of pharyngotonsillitis occur each year, with thousands of cases of ARF, of which a proportion progress to carditis and are at risk of developing chronic rheumatic heart disease. Studies indicate an increase in mortality associated, in part, with delayed diagnosis of the disease. Diagnostic difficulties arise from the absence of pathognomonic signs, the lack of specific laboratory tests, and limitations in the knowledge of healthcare teams. Although diagnosis is guided by the Jones Criteria and their 2015 update, clinical interpretation in daily practice remains challenging, favoring underdiagnosis and inadequate patient management. **Final considerations:** Underdiagnosis of ARF may result in complications with individual and collective repercussions. Strengthening health systems, training professionals, and expanding access to adequate diagnostic methods are essential, aiming at early detection of ARF, reduction of complications, and decrease in public health costs.

Keywords: Rheumatic fever, Rheumatic heart, Public health.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la dificultad diagnóstica de la fiebre reumática aguda (FRA) y sus implicaciones como problema de salud pública. **Revisión bibliográfica:** La FRA es una enfermedad inflamatoria sistémica desencadenada, generalmente, tras una faringoamigdalitis causada por *Streptococcus* β-hemolítico del grupo A. En Brasil ocurren aproximadamente 10 millones de casos de faringoamigdalitis por año, con miles de casos de FRA, de los cuales una proporción evoluciona con carditis y riesgo de desarrollar cardiopatía reumática crónica. Los estudios indican un aumento de la mortalidad asociado, en parte, al diagnóstico tardío de la enfermedad. Las dificultades diagnósticas derivan de la ausencia de signos patognomónicos, de la

[1] Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), Brasília - DF.

SUBMETIDO EM: 1/2026 | **ACEITO EM: 2/2026** | **PUBLICADO EM: 3/2026**

inexistencia de pruebas de laboratorio específicas y de limitaciones en el conocimiento de los equipos de salud. Aunque el diagnóstico se orienta por los Criterios de Jones y su actualización de 2015, la interpretación clínica en la práctica cotidiana sigue siendo un desafío, favoreciendo el subdiagnóstico y el manejo inadecuado de los pacientes. **Consideraciones finales:** El subdiagnóstico de la FRA puede resultar en complicaciones con repercusiones individuales y colectivas. Se vuelve fundamental el fortalecimiento de los sistemas de salud, la capacitación de los profesionales y la ampliación del acceso a métodos diagnósticos adecuados, con el objetivo de la detección precoz de la FRA, la reducción de las complicaciones y la disminución de los costos en salud pública.

Palabras clave: Fiebre reumática, Cardiopatia reumática, Salud pública.

INTRODUÇÃO

A Febre Reumática Aguda (FRA) é uma enfermidade sistêmica inflamatória, com especial acometimento de articulações, coração, pele e sistema nervoso central (SPINA GS, et al., 2022 e SANTOS GV, 2024). Ocorre devido a uma infecção por bactérias do gênero Streptococcus B-hemolítico do grupo A, após a ocorrência de uma faringotonsilite ocasionada por este mesmo agente etiológico (KARTHIKEYAN G e GUILHERME L, 2018 e CAMARGO LT, et al., 2024).

No Brasil, há cerca de 10 milhões de casos de faringotonsilite por ano, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, com um registro de, aproximadamente, 30.000 novos casos de FRA (SANTOS GV, 2024). Desses pacientes, cerca de 70% irão ter cardite, com grande risco de desenvolver doença cardíaca reumática, responsável pelo acometimento das válvulas cardíacas, de modo que um terço das cirurgias cardiovasculares no Brasil ocorrem por sequelas da FRA (FIGUEIREDO ET, et al., 2019). Ainda, estudos recentes demonstram uma mortalidade crescente desta patologia, que ainda apresenta significativas dificuldades diagnósticas (SPINA GS, et al., 2022).

Considera-se, portanto, que o aumento da mortalidade se dá, em parte, devido ao estágio no qual a doença é diagnosticada, de modo que sua dificuldade diagnóstica gera implicações notáveis à saúde pública devido à inexistência de sinais patognomônicos (FIGUEIREDO ET, et al., 2019 e SPINA GS, et al., 2022). Ainda, a falta de exames laboratoriais específicos e, principalmente, a falta de conhecimento por parte das equipes de saúde amplificam os empecilhos diagnósticos desta enfermidade (MACHADO CSM, et al., 2001), bem como a existência de determinantes sociais de má qualidade em diferentes regiões do país (BAKER MG, et al., 2023 e RWEBEMBERA J, et al., 2023).

Ademais, a respeito do diagnóstico da FRA, nos últimos 50 anos, este foi guiado, especialmente, pelos Critérios de Jones, considerando seus critérios maiores e menores (DE ANDRADE JP, 2009 e SPINA GS, et al., 2022). Posteriormente, foi realizada uma atualização desses critérios em 2015, com ajustes dos critérios já estabelecidos e uma nova classificação das populações de baixo e moderado/alto risco (GEWITZ MH, et al., 2015 e SPINA GS, et al., 2022), mediante a observação de uma combinação variável de sinais e sintomas que ocorrem após a infecção estreptocócica orofaríngea.

Na prática médica diária, no entanto, a interpretação de algumas situações clínicas torna este diagnóstico um desafio (MACHADO CSM, et al., 2001 e SPINA GS, et al., 2022), de modo a dificultar o tratamento e o manejo dos indivíduos com FRA. Nesse contexto, verifica-se que o subdiagnóstico ocorre quando pacientes com sintomas sugestivos de FRA não são adequadamente avaliados e diagnosticados, ou quando casos de FRA são erroneamente diagnosticados como outras doenças, levando ao tratamento inadequado (FIGUEIREDO ET, et al., 2019 E SPINA GS, et al., 2022).

Sob esta perspectiva, o subdiagnóstico da FRA apresenta importantes consequências, uma vez que a FRA pode levar a complicações graves, como a Cardiopatia Reumática Crônica (CRC) e a insuficiência cardíaca. Portanto, é importante que sejam tomadas medidas para melhorar a detecção precoce da FRA, incluindo o fortalecimento dos sistemas de saúde, a educação de profissionais de saúde e da população geral, além da disponibilização de testes diagnósticos adequados (FIGUEIREDO ET, et al., 2019). Revisar os critérios diagnósticos da FRA, com ênfase nos Critérios de Jones e em sua atualização de 2015, analisando suas limitações e desafios na prática clínica, bem como as implicações do subdiagnóstico dessa enfermidade.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Conceito e epidemiologia

Considerada uma complicação tardia não supurativa de uma infecção faríngea prévia pela bactéria Streptococcus B-hemolítico do grupo A (PEREIRA BÁF, et al., 2017; FIGUEIREDO ET, et al., 2019 e SPINA GS, et al., 2022), a FRA é uma doença inflamatória autoimune com especial acometimento de articulações, pele e sistema nervoso central (FIGUEIREDO ET, et al., 2019; SZCZYGIELSKA I, et al., 2018 e ILLÁN RAMOS M, et al., 2021).

Essa enfermidade pode evoluir com complicações graves e crônicas, dentre as quais, destaca-se a endocardite e a cardiopatia reumática crônica, de modo que a febre reumática consiste na etiologia mais prevalente de valvulopatia adquirida no Brasil (FIGUEIREDO ET, et al., 2019; SZCZYGIELSKA I, et al., 2018 e SPINA GS, et al., 2022).

A Febre Reumática pode ocorrer em qualquer idade, com maior prevalência entre 5 e 15 anos, picos de idade para a faringite estreptocócica (SZCZYGIELSKA I, et al., 2018; KARTHIKEYAN G e GUILHERME L, 2018; SPINA GS, et al., 2022 e CAMARGO LT, et al., 2024). Considera-se ainda que sua ocorrência em indivíduos menores que 3 anos ou maiores de 30 anos de idade é rara, apesar de possível, e episódios de recorrência também são incomuns após os 40 anos de idade (KARTHIKEYAN G e GUILHERME L, 2018).

Ainda nesta perspectiva, é de extrema importância ressaltar que apenas cerca de 5% dos casos desta doença manifestam-se sintomaticamente durante sua fase aguda, de modo que muitos pacientes apresentam as consequências desta enfermidade somente após anos de seu início, evoluindo com significativas repercussões cardíacas (SPINA GS, et al., 2022).

Ressalta-se, ainda, a maior incidência da FRA em países com reduzidos índices de desenvolvimento socioeconômico (FIGUEIREDO ET, et al., 2019 e ILLÁN RAMOS M, et al., 2021), de modo a evidenciar a íntima relação entre esta doença e os fatores socioeconômicos presentes em cada localidade, associação reforçada pelo artigo de Michael G. Baker, publicado em outubro de 2023, o qual reflete acerca do impacto dos determinantes sociais de uma comunidade para o desenvolvimento da febre reumática e da CRC no paciente.

A partir disso, Baker considera que condições de moradia, recursos financeiros e nível de escolaridade são alguns dos fatores sociais intrinsecamente associados ao acesso a serviços de saúde adequados, fundamentais para a prevenção da FRA. Ademais, além de verificar que o fornecimento de melhores determinantes sociais para uma população reduz sua exposição ao patógeno da FRA, o acesso a melhores serviços de saúde e aos medicamentos utilizados para tratamento desta doença convergem com as estratégias de prevenção contra esta enfermidade (SPINA GS, et al., 2022; BAKER MG, et al., 2023 e RWEBEMBERA J, et al., 2023).

Ainda neste contexto, a maior incidência desta enfermidade em determinados grupos étnicos pode estar significativamente associada ao fato destas populações serem prevalentes em comunidades com menores rendas, de modo que fatores associados à pobreza e a aglomerações populacionais estejam mais relacionados à maior presença da FRA nestas comunidades (KARTHIKEYAN G e GUILHERME L, 2018 e SANTOS GV, 2024). Assim, com cerca de 230.000 mortes, em todo o mundo, por ano (SZCZYGIELSKA I, et al., 2018), considera-se que a FRA é uma das principais doenças não transmissíveis em países de baixa e média renda (FIGUEIREDO ET, et al., 2018 e DIXIT J, et al., 2023).

Fisiopatologia

Ocorrendo em resposta a uma reação cruzada tardia promovida pela presença do *Streptococcus pyogenes,* a FRA se desenvolve somente em indivíduos geneticamente suscetíveis para esta doença, estando presente somente em cerca de 0,3 a 3% das pessoas com infecção por bactérias estreptocócicas (KARTHIKEYAN G e GUILHERME L, 2018; LEAL MTBC, et al., 2019; DOUGHERTY S, et al., 2023 e CAMARGO LT, et al., 2024).

Considera-se, portanto, que a fisiopatologia da FRA envolve a ativação, pelos antígenos estreptocócicos, de vias humorais e celulares do sistema imune do organismo invadido, os quais são reconhecidos e processados por mácrofagos e por células dendríticas, de modo a promover a síntese de anticorpos, pelos linfócitos B, contra estes componentes bacterianos (KARTHIKEYAN G e GUILHERME L, 2018; LEAL MTBC, et al., 2019 e CAMARGO LT, et al., 2024).

Este processo promove uma reação cruzada com determinadas proteínas humanas anteriormente localizadas nos órgãos-alvo, as quais se assemelham molecularmente aos anticorpos supracitados (CAMARGO LT, et al., 2024 e SANTOS GV, 2024). Essa autoimunidade gera, no organismo invadido, uma inflamação nos tecidos com mimetismo celular, com consequentes lesões teciduais mediadas pelo próprio sistema imune do corpo, as quais ocorrem, mais frequentemente, no sistema nervoso central, no coração e nas articulações (KARTHIKEYAN G e GUILHERME L, 2018; DOUGHERTY S, et al., 2023 E CAMARGO LT, et al., 2024).

Destaca-se, ainda, que a suscetibilidade da doença cardíaca é hereditária, havendo variados mecanismos envolvidos além do mimetismo celular, tais como a circulação de anticorpos, que é capaz de ativar as células endoteliais e estressa as cordas tendíneas expondo a matriz extracelular com produção de anticorpos anti-colágeno (LEAL MTBC, et al., 2019). Essa deposição de anticorpos favorece um estado pró-inflamatório com a presença de linfócitos T, interleucinas 1 e 10, fator de necrose tumoral e interferon e neoangiogênese, de modo a promover uma remodelação da matriz extracelular, fibrose e calcificação das valvas (LEAL MTBC, et al., 2019).

Quadro clínico e diagnósticos diferenciais

Em relação ao quadro clínico da febre reumática, esta doença afeta, isoladamente ou em conjunto, as articulações, coração, pele, tecido subcutâneo e sistema nervoso central (SPINA GS, et al., 2022), sendo a febre e a artrite as manifestações clínicas mais comuns, presentes em aproximadamente 90% e 75% dos casos, respectivamente (SHINJO SK e MOREIRA C, 2020). Ainda, como evidenciado nos critérios diagnósticos de Jones, é comum a presença de cardites, coreia e de manifestações cutâneas relacionadas a esta enfermidade (PEREIRA BÁF, et al., 2017; SHINJO, & MOREIRA, 2020 e CAMARGO LT, et al., 2024).

Considera-se que a artrite, na FRA, apresenta-se como uma poliartrite aditiva e assimétrica, com usual acometimento das grandes articulações, tais como nos joelhos, cotovelos, punhos e tornozelos (PEREIRA BÁF, et al., 2017; SHINJO SK e MOREIRA C, 2020 e SPINA GS, et al., 2022). Este sintoma usualmente autolimitado dura, em geral, entre 4 a 6 semanas, com comum início entre 2 a 4 semanas após a infecção estreptocócica (SHINJO, & MOREIRA, 2020; SPINA GS, et al., 2022 e CAMARGO LT, et al., 2024).

Assim, verifica-se que é comum a melhora deste sintoma mesmo diante da ausência de um tratamento específico, apesar de, em alguns casos com maior resposta inflamatória do organismo, este sintoma persistir por até 10 semanas (SHINJO, & MOREIRA, 2020 e CAMARGO LT, et al., 2024). Ainda, apesar de ser extremamente dolorosa e de levar a uma importante limitação de movimentos, considera-se que a artrite da FRA não deixa sequelas no paciente, apresentando, também, uma excelente resposta a anti-inflamatórios não hormonais, com remissão dos sintomas entre 48 e 72 horas (PEREIRA BÁF, et al., 2017; SHINJO SK e MOREIRA C, 2020 e SPINA GS, et al., 2022).

A cardite reumática, por sua vez, manifesta-se como uma pancardite (SPINA GS, et al., 2022 e CAMARGO LT, et al., 2024), com acometimento do endocárdio, o miocárdio e/ou o pericárdio, sendo o primeiro o principal responsável pelos sintomas e pelas patologias oriundas deste comprometimento do coração, incluindo a insuficiência cardíaca e a CRC (PEREIRA BÁF, et al., 2017 e SHINJO SK e MOREIRA C, 2020).

Com comum desenvolvimento agudo, em até 3 semanas após o início da FRA, a cardite também pode apresentar uma manifestação subclínica, definida pela ausculta cardíaca normal, com exame de ecocardiograma com Doppler apresentando alterações patológicas de regurgitação valvar (SHINJO SK e MOREIRA C, 2020 e CAMARGO LT, et al., 2024).

Ainda, considera-se que as principais valvas afetadas nesta condição clínica são a mitral e a aórtica, com possível associação de lesões nestas duas estruturas (PEREIRA BÁF, et al., 2017; SHINJO SK e MOREIRA C, 2020 e CAMARGO LT, et al., 2024). Ainda, pode haver a ocorrência da coreia de Sydenham, manifestação mais típica da febre reumática, caracterizada pela ocorrência de movimentos involuntários, abruptos e desordenados de músculos estriados esqueléticos, além de labilidade emocional e hipotonia (PEREIRA BÁF, et al., 2017, ILLÁN RAMOS M, et al., 2021 e SPINA GS, et al., 2022).

Esta manifestação neuropsiquiátrica tardia possui um longo período de latência, podendo aparecer em até 8 meses após a infecção estreptocócica, persistindo por um período entre 2 a 4 meses (SHINJO SK e MOREIRA C, 2020 e SPINA GS, et al., 2022).

Presente em cerca de 15% dos pacientes com febre reumática, a coreia é frequentemente associada a queixas de tropeços à deambulação, fala arrastada e facilidade de deixar cair objetos. Destaca-se, também, que esta manifestação clínica atinge especialmente indivíduos do sexo feminino que ainda não atingiram a puberdade, sendo rara em meninos pós-púberes (PEREIRA BÁF, et al., 2017; SHINJO SK e MOREIRA C, 2020 e SPINA GS, et al., 2022).

Evidencia-se, também, a existência de manifestações cutâneas, as quais ocorrem em cerca de 10% dos pacientes com esta doença, raramente se desenvolvendo de forma isolada (SHINJO SK e MOREIRA C, 2020). Dentre essas manifestações, destaca-se o eritema marginado, raro e altamente específico da FRA, é caracterizado pela presença de rash macular rosáceo, evanescente e não pruriginoso, com centro pálido opaco e halo hiperemiado (PEREIRA BÁF, et al., 2017 e SHINJO SK e MOREIRA C, 2020). Este eritema ocorre, principalmente, no tronco e na região proximal dos membros, de modo a poupar a face (PEREIRA BÁF, et al., 2017 e SHINJO SK e MOREIRA C, 2020).

Além disso, manifesta-se com nódulos subcutâneos, também raros e altamente específicos da FRA, este tipo de manifestação cutânea se localiza em superfícies extensoras das articulações e em proeminências ósseas da região occipital e da coluna (PEREIRA BÁF, et al., 2017 e SHINJO SK e MOREIRA C, 2020). Fortemente associados a cardites, estes nódulos são pequenos e indolores (PEREIRA BÁF, et al., 2017 e SHINJO SK e MOREIRA C, 2020). Todas as manifestações clínicas são essenciais no diagnóstico da FRA, de modo a serem utilizadas para a realização do diagnóstico diferencial (**Quadro 1**) desta doença com outras enfermidades capazes de gerar sintomas semelhantes.

Quadro 1 - Diagnóstico diferencial da artrite, cardite e coreia.

Artrite	**Cardite**	**Coreia**
Artrite séptica (incluindo gonocócica)	Regurgitação mitral fisiológica	Intoxicação por drogas
Doenças autoimunes do tecido conjuntivo e outras, como artrite idiopática juvenil		Doença de Wilson
	Prolapso da valva mitral	Transtorno de tiques
		Paralisia cerebral coreica/atetoide
Artropatia viral	Valva mitral mixoma-tosa	Encefalite
Artropatia reativa		Coreia familiar (incluindo doença de Huntington)
Doença de Lyme	Fibroelastoma	
Anemia falciforme	Doença congênita da valva mitral	Tumor intracraniano
Endocardite infecciosa		Doença de Lyme
Leucemia ou linfoma	Doença congênita da valva aórtica	Hormonal
Gota e pseudogota		Distúrbios metabólicos (por exemplo, Lesch-Nyhan, ataxia telangiectasia)
Artrite reativa pós-estreptocócica	Endocardite infecciosa	
Púrpura de Henoch-Schönlein	Cardiomiopatia	Síndrome do anticorpo antifosfolipídeo
	Miocardite, viral ou idiopática	Autoimune: Lúpus eritematoso sistêmico, vasculite sistêmica
	Doença de Kawasaki	
	-	Sarcoidose
		Hipertireoidismo

Fonte: Souza MM, et al., 2026. Fundamentado em: Gewitz MH, et al., 2015.

Critérios diagnósticos

Sem haver exames específicos ou patognomônicos para esta doença, considera-se que o diagnóstico da FRA é predominantemente clínico e laboratorial, sendo de extrema importância realizar um exame físico minucioso no paciente (SPINA GS, et al., 2022 e CAMARGO LT, et al., 2024). A partir disso, considera-se que o diagnóstico definitivo desta enfermidade é realizado, especialmente, através dos Critérios de Jones, cujos parâmetros envolvem a presença de manifestações clínicas frequentemente associadas a esta enfermidade, dividindo-as entre critérios maiores e menores (SZCZYGIELSKA I, et al., 2018 e SPINA GS, et al., 2022).

Os Critérios de Jones são considerados o padrão-ouro para diagnóstico da FRA e, até 2015, eram utilizados os critérios estabelecidos em 1992 (**Quadro 2**), sendo considerado alta probabilidade de FRA quando na presença de pelo menos dois critérios maiores ou um critério maior e dois menores (DE ANDRADE JP, 2009). Em 2015, houve uma atualização a respeito destes critérios na qual foi instituída uma classificação de populações de baixo e moderado/alto risco (**Quadro 3**) com o intuito de aumentar a sensibilidade diagnóstica nas populações de médio e alto risco, sendo considerados para o 1º surto: 2 critérios maiores ou 1 maior e 2 menores somado a evidência de infecção prévia pelo Streptococcus B-hemolítico do grupo A (GEWITZ MH, et al., 2015; PEREIRA BÁF, et al., 2017 e SZCZYGIELSKA I, et al., 2018).

Quadro 2 - Critérios de Jones modificados para a FRA (1992).

Critérios maiores	**Critérios menores**
Cardite	Febre
Artrite	Artralgia
Coreia de Sydenham	Elevação dos reagentes de fase aguda (VHS, PCR)
Eritema marginado	Intervalo PR prolongado no eletrocardiograma (ECG)
Nódulos subcutâneos	-

Fonte: Souza MM, et al., 2026. Fundamentado em: de Andrade JP, 2009.

Quadro 3 - Critérios de Jones (Revisão de 2015).

Critérios	
Populações de baixo risco	**Populações de risco moderado/alto**
Critérios maiores:	Critérios maiores:
- Cardite (clínica ou subclínica);	- Cardite (clínica ou subclínica);
- Artrite (apenas poliartrite);	- Artrite (poliartrite, poliartralgia e/ou monoartrite);
- Coreia;	- Coreia;
- Eritema marginado;	- Eritema marginado;
- Nódulo subcutâneo.	- Nódulo subcutâneo.
Critérios menores:	Critérios menores:
- Poliartralgia;	- Monoartralgia;
- Febre (≥ 38,5 ◦C);	- Febre (≥ 38 ◦C)
- Elevação de VHS (≥ 60 mm na 1ª hora) e/ou PCR ≥ 3 mg/dL (ou > que valor de referência indicado);	- Elevação de VHS (≥ 60 mm na 1ª hora) e/ou PCR ≥ 3mg/dL (ou > que valor de referência indicado);
- Intervalo PR prolongado, corrigido para a idade (só quando não houver cardite).	- Intervalo PR prolongado, corrigido para a idade (só quando não houver cardite).

Nota: Comprovada evidência de infecção prévia pelo Streptococcus B-hemolítico do grupo-A (cultura positiva de orofaringe, positividade em testes rápidos de detecção de antígenos estreptocócicos, títulos elevados de anticorpos antiestreptocócicos). **Fonte:** Souza MM, et al., 2026. Fundamentado em: Gewitz MH, et al., 2015; Spina GS, et al., 2022.

Ainda, destaca-se a importância dos exames complementares na investigação da doença, uma vez que não existem exames específicos para a FRA (SPINA GS, et al., 2022). Segundo o guideline da American Heart Association, todo paciente com suspeita de FRA deverá realizar ecocardiografia, mesmo assintomático do ponto de vista cardíaco, já que a cardite subclínica pode ocorrer em até 18% dos casos (GEWITZ MH, et al., 2015). No caso do eletrocardiograma, a alteração no intervalo PR faz parte dos critérios menores da FRA (DE ANDRADE JP, 2009 e GEWITZ MH, et al., 2015).

Já as provas inflamatórias, Proteína C-reativa (PCR) e Velocidade de Hemossedimentação (VHS), indicam o grau de comprometimento sistêmico do paciente e de inflamação presente em seu organismo (ROSA NETO NS e CARVALHO JF, 2009). Nesse contexto, o PCR envolve a análise da ativação do sistema imune celular e humoral, de modo que essas proteínas são produzidas, principalmente, em resposta à ativação do sistema complemento por antígenos (ROSA NETO NS e CARVALHO JF, 2009). Já a avaliação da VHS está relacionada à resposta inflamatória por análise indireta (ROSA NETO NS e CARVALHO JF, 2009), ao avaliar o grau de sedimentação do sangue, o qual depende da agregação das hemácias, aumentadas em processos inflamatórios (ROSA NETO NS e CARVALHO JF, 2009).

Também devem ser pesquisadas evidências laboratoriais de infecção prévia por streptococcus b-hemolítico do grupo A (GEWITZ MH, et al., 2015). Nesse sentido, o padrão-ouro seria a cultura da orofaringe, mas esse exame apresenta baixa positividade no diagnóstico da FRA, podendo resultar em falso negativo pelo uso recente de antibiótico. Sendo assim, a melhor alternativa é a realização da pesquisa de anticorpos anti-estreptocócicos, como a antiestreptolisina O (ASLO) e a anti-desoxiribonuclease B (Anti-DNAse B).

Destaca-se, também, que estes dois exames não diagnosticam a FRA, devendo ser utilizados como testes importantes de apoio diagnóstico aos Critérios atualizados para o diagnóstico de FRA (MACHADO CSM, et al., 2001). É importante ressaltar, ainda, que a FRA também pode ser diagnosticada sem a presença dos Critérios de Jones, sendo que, nesses casos, considera-se a presença de coreia isolada ou cardites com início insidioso após exclusão de outras causas destes sintomas (GEWITZ MH, et al., 2015 e SZCZYGIELSKA I, et al., 2018).

Complicações possíveis

Considerando que, no Brasil, a FRA leva a uma perda de, aproximadamente, 26 anos de vida por paciente anualmente, compreende-se o significativo impacto desta enfermidade na morbimortalidade da população por ela acometida (DE ANDRADE JP, 2009). A partir disso, destaca-se que, dentre as possíveis complicações geradas pela FRA, duas se sobressaem, devido à elevada taxa de mortalidade associada a elas: CRC e a insuficiência cardíaca (LEAL MTBC, et al., 2019; GOMES NFA, et al., 2021 e CHINELLATO VNL e REIS RD, 2023). Considerada uma das complicações mais temidas da FRA, a CRC configura um relevante empecilho na saúde pública da população brasileira, sendo importante entre as causas de morte por doenças cardiovasculares em crianças e em adultos jovens (LEAL MTBC, et al., 2019; GOMES NFA, et al., 2021 e CHINELLATO VNL e REIS RD, 2023).

Esta sequela pós-infecciosa da FRA aparece, geralmente, décadas após o surto agudo pela resposta imunológica anormal que leva a uma inflamação crônica contínua com remodelação patológica das valvas cardíacas contribuindo para o aumento do risco de óbito e outros desfechos adversos (GOMES NFA, et al., 2021 e SPINA GS, et al., 2022). A insuficiência cardíaca, por sua vez, é uma complicação oriunda da cardite do endocárdio ou endocardite, capaz de também levar a insuficiência mitral, cuja principal manifestação é a presença do sopro sistólico apical (PEREIRA BÁF, et al., 2017).

Tratamento

Sem tratamento específico, o tratamento de FRA é feito, predominantemente, com penicilina G benzatina, apresentando três principais objetivos: erradicação do Streptococcus b-hemolítico do grupo A (profilaxia primária), prevenção de novos episódios de FRA (profilaxia secundária) e tratamento específico para artrite, cardite e coreia (KARTHIKEYAN G e GUILHERME L, 2018 e CAMARGO LT, et al., 2024).

Destaca-se, ainda, que, além da identificação inicial da doença para posterior instituição de seu manejo correto, um importante desafio para o tratamento da FRA consiste na disponibilidade da penicilina G benzatina, cujo baixo custo de compra reduz sua disponibilidade nos prontos-socorros e nas unidades básicas de saúde, por ausência de sua produção pelas indústrias farmacêuticas (SPINA GS, et al., 2022). Assim, a indisponibilidade do principal remédio utilizado para as profilaxias de FRA consiste em um significativo empecilho na luta de erradicação desta doença (SPINA GS, et al., 2022).

Profilaxia primária

Com o objetivo de evitar o primeiro surto sintomático de FRA, a profilaxia primária age diretamente contra o *Streptococcus pyogenes,* sendo realizada a partir de um regime antibiótico com menores chances de falhas, levando em consideração a sua disponibilidade e custos (KARTHIKEYAN G e GUILHERME L, 2018, e CAMARGO LT, et al., 2024). Na prática, esta profilaxia primária é realizada, prioritariamente, pela administração de uma dose única de penicilina G benzatina, intramuscular, 1.200.000 U, para crianças acima de 20 kg; e 600.000 U para crianças abaixo de 20 kg (PEREIRA BÁF, et al., 2017 e SPINA GS, et al., 2022).

Alternativamente, pode ser utilizada a amoxicilina, em adultos, na dose de 500mg, 3 vezes ao dia, por 10 dias. Ainda, aos pacientes alérgicos à penicilina, pode-se utilizar claritromicina e azitromicina (SPINA GS, et al., 2022 e DOUGHERTY S, et al., 2023) por um período de 10 dias e 3 dias, respectivamente. As manifestações articulares, por sua vez, respondem bem ao uso de anti-inflamatórios, podendo ser utilizado, também, o ácido acetilsalicílico, cuja dose usualmente utilizada é de 80 a 100 mg/Kg/dia, com 1 a 3 dias de tratamento, sendo necessário cerca de 1 a 4 semanas de tratamento (PEREIRA BÁF, et al., 2017 e KARTHIKEYAN G e GUILHERME L, 2018).

Considera-se, no entanto, que há um reduzido uso na prática clínica deste ácido como medicamento de manejo da artrite, visto que sua posologia é incômoda para os pacientes, com baixa tolerabilidade em doses tão elevadas (SPINA, et al., 2022). Para a cardite, indica-se o uso da prednisona oral, 1 a 2 mg/kg/dia (PEREIRA BÁF, et al., 2017). Já para a coreia, é administrado no paciente antagonistas dopaminérgicos, como haloperidol oral, na dose de 1 mg/dia, especialmente durante o período das manhãs (KARTHIKEYAN G e GUILHERME L, 2018; PEREIRA BÁF, et al., 2017 e SPINA GS, et al., 2022). Para demais sintomas inflamatórios, considera-se a manutenção do uso de prednisona ou prednisolona, 1 a 2 mg/kg/dia, máximo de 80 mg/dia, com manutenção da dose por cerca de 2 a 3 semanas (DOUGHERTY S, et al., 2023).

Profilaxia Secundária

Após o diagnóstico e a administração do tratamento inicial, a profilaxia secundária deve ser instituída, a fim de evitar novos surtos de febre reumática (SPINA GS, et al., 2022). Para isso, também se utiliza, como primeira escolha, a penicilina G benzatina, com as mesmas doses do tratamento inicial, em um intervalo de 15 dias nos primeiros 2 anos de tratamento e, em seguida, aplica-se a medicação a cada 21 dias (SPINA GS, et al., 2022). A duração do tratamento é determinada pelo acometimento cardíaco gerado pela FRA (**Quadro 4**) (DE ANDRADE JP, 2009; SPINA GS, et al., 2022).

Quadro 4 - Recomendação para a duração da profilaxia secundária.

Categoria	Duração
FRA com cardite prévia	Até 21 anos ou 5 anos após o último surto, valendo o que cobrir maior período
FRA com cardite prévia; insuficiência mitral leve residual ou resolução da lesão valvar	Até 25 anos ou 10 anos após o último surto, valendo o que cobrir maior período
Lesão valvar residual moderada a grave	Até os 40 anos ou por toda a vida
Após cirurgia valvar FRA	Por toda a vida

Fonte: Souza MM, et al., 2026. Fundamentado em: de Andrade JP, 2009; Spina GS, et al., 2022.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão bibliográfica demonstra que a FRA permanece como relevante problema de saúde pública, especialmente em países de baixa e média renda, em razão de sua elevada morbimortalidade e do risco de evolução para cardiopatia reumática crônica. Evidenciou-se que, apesar de os Critérios de Jones, especialmente após sua atualização em 2015, constituírem o padrão-ouro para o diagnóstico da FRA e ampliarem a sensibilidade diagnóstica em populações de moderado e alto risco, sua aplicação na prática clínica ainda enfrenta limitações decorrentes da ausência de sinais patognomônicos, da inexistência de exames laboratoriais específicos, da variabilidade clínica da doença e de falhas no acesso a exames

complementares, como a ecocardiografia. Esses fatores, associados a determinantes sociais desfavoráveis e à limitação na capacitação das equipes de saúde, contribuem para o subdiagnóstico e para o atraso no tratamento, favorecendo o surgimento de complicações graves, como insuficiência cardíaca e cardiopatia reumática crônica. Dessa forma, tornam-se necessários novos estudos que avaliem estratégias para otimizar a aplicação dos critérios diagnósticos, ampliar o acesso a métodos complementares, fortalecer programas de educação continuada em saúde e investigar intervenções voltadas aos determinantes sociais, com o objetivo de promover o diagnóstico precoce da FRA e reduzir seu impacto na saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. BAKER MG, et al. Research priorities for the primordial prevention of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease by modifying the social determinants of health. BMJ Global Health, 2023; 8(9): 12467.
2. CAMARGO LT, et al. Sintomas e tratamento da febre reumática – elucidação da clínica. Brazilian Journal of Health Review, 2024; 7(2): 1-11.
3. CHINELLATO VNL e REIS RD. Perfil epidemiológico da cardiopatia reumática crônica no estado de Minas Gerais. Brazilian Journal of Health Review, 2023; 6(5): 309.
4. DE ANDRADE JP. Diretrizes brasileiras para o diagnóstico, tratamento e prevenção da febre reumática. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2009; 93(3-4): 1-18.
5. DIXIT J, et al. Evaluating efficiency and equity of prevention and control strategies for rheumatic fever and rheumatic heart disease in India: an extended cost-effectiveness analysis. The Lancet, 2023.
6. DOUGHERTY S, et al. Rheumatic heart disease: JACC Focus Seminar 2/4. Journal of the American College of Cardiology, 2023; 81(1): 81-94.
7. FIGUEIREDO ET, et al. Rheumatic fever: a disease without color. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2019; 113(3): 345–354.
8. GEWITZ MH, et al. Revision of the Jones Criteria for the diagnosis of acute rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography. Circulation, 2015; 131(20): 1806-1818.
9. GOMES NFA, et al. Caracterização histológica das lesões da valva mitral de pacientes com cardiopatia reumática. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2021; 116(3): 404–412.
10. ILLÁN RAMOS M, et al. Chorea as the presenting feature of acute rheumatic fever in childhood. BMC Infectious Diseases, 2021; 21(1): 322.
11. KARTHIKEYAN G e GUILHERME L. Acute rheumatic fever. The Lancet, 2018; 392(10142): 161-174.
12. LEAL MTBC, et al. Rheumatic heart disease in the modern era: recent developments and current challenges. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2019; 52.
13. MACHADO CSM, et al. O perfil da antiestreptolisina O no diagnóstico da febre reumática aguda. Jornal de Pediatria, 2001; 77: 105-111.
14. PEREIRA BÁF, et al. Rheumatic fever: update on the Jones criteria according to the American Heart Association review – 2015. Revista Brasileira de Reumatologia, 2017; 57(4): 364–368.
15. ROSA NETO NS e CARVALHO JF. O uso de provas de atividade inflamatória em reumatologia. Revista Brasileira de Reumatologia, 2009; 49(4): 413–430.
16. RWEBEMBERA J, et al. Research opportunities for the primary prevention and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease. BMJ Global Health, 2023; 8(9): 12356.
17. SANTOS GV. Febre reumática: fatores de risco, fisiopatologia e diagnóstico. Revista Foco, 2024; 17(5): 4877.
18. SHINJO SK e MOREIRA C. Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia. São Paulo: Editora Manole, 2020; 2.
19. SPINA GS, et al. Febre reumática. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, 2022; 32(2): 207-214.
20. SZCZYGIELSKA I, et al. Rheumatic fever – new diagnostic criteria. Reumatologia, 2018; 56(1): 37–41.