

recomendações



ATUALIZAÇÃO DE CONDUTAS EM PEDIATRIA

MEDICINA DO SONO

Ambiente seguro de sono
no primeiro ano de vida

104

Dezembro
2024

FASE DE TRANSIÇÃO PARA VIDA ADULTA

Da Pediatria para a clínica adulta de
jovens com deficiência intelectual

REUMATOLOGIA

Febre reumática: novos critérios



WWW.SPSB.ORG.BR

SPSP educa

PORTAL DE EDUCAÇÃO CONTINUADA DA
SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

Faça sua inscrição para
os cursos da SPSP

Acesse as aulas gravadas dos
eventos da SPSP



www.spspeduca.org.br

Expediente

Diretoria da Sociedade de
Pediatria de São Paulo
Triênio 2022–2025

Diretoria Executiva

Presidente:

Renata Dejtari Waksman

1º Vice-Presidente:

Sulim Abramovici

2º Vice-Presidente:

Claudio Barsanti

Secretário Geral:

Maria Fernanda B. de Almeida

1º Secretário:

Lilian dos Santos R. Sadeck

2º Secretário:

Ana Cristina Ribeiro Zollner

1º Tesoureiro:

Aderbal Tadeu Mariotti

2º Tesoureiro:

Paulo Tadeu Falanghe

Diretoria de Publicações

Diretora:

Cléa Rodrigues Leone

Editora Chefe da Revista Paulista

de Pediatra:

Ruth Guinsburg

Editores Associados da Revista

Paulista de Pediatra:

Fábio Carmona e

Túlio Konstantyner

Membros e Editores Executivos da

Revista Paulista de Pediatra:

Antônio Carlos Pastorino

Antônio de Azevedo Barros Fº

Celso Moura Rebello

Cristiane Kochi

Gil Guerra Jr.

Marina C. de Moraes Barros

Mário Cícero Falcão

Paulo Henrique Manso

Tamara B. Lederer Goldberg

Coordenadora editorial:

Paloma Ferraz

Revisão científica:

Celso Moura Rebello

Produção gráfica:

Lucia Fontes

lf@luciafontes.com

Revisão:

Paloma Ferraz

Imagen de capa:

@didesign

depositphotos.com

Sumário

PÁGINA 4

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DO SONO

Ambiente seguro de sono no primeiro ano de vida

Cristiane Fumo dos Santos

PÁGINA 8

GRUPO DE TRABALHO FASE DE TRANSIÇÃO PARA VIDA ADULTA

Da Pediatria para a clínica adulta de jovens
com deficiência intelectual

Ana Claudia Brandão

PÁGINA 11

DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGIA

Febre reumática: novos critérios

Gleice C.S. Russo, Taciana de A.P. Fernandes, Ana Paula Sakamoto

Acesse as edições anteriores

→ Arquivos
desde 2007



CLIQUE AQUI



Sociedade de Pediatria de São Paulo

Rua Maria Figueiredo, 595 • 10º andar • São Paulo, SP

Fone: 11 3284-0308 • 11 3284-9809

www.spsp.org.br

pediatria@spsp.org.br



[@sociedadespsp nas redes sociais](#)

Ambiente seguro de sono no primeiro ano de vida

Ambientes inseguros de sono são fatores de risco importantes para acidentes fatais no primeiro ano de vida. As mortes relacionadas a esses ambientes são classificadas como um subtipo da síndrome da morte súbita (SMS).¹ SMS é a morte inesperada e repentina de crianças menores de um ano, podendo ser encontrada ou não a causa que explique a morte.² A síndrome da morte súbita inexplicada é aquela em que a causa da morte não é óbvia antes da investigação. Essas mortes podem acontecer com a criança acordada ou dormindo. A Figura 1 representa graficamente a classificação da morte súbita, síndrome da morte súbita do lactente a as decorrentes de ambientes inseguros de sono.

Figura 1 – Relação entre síndrome da morte súbita, síndrome da morte súbita do lactente e mortes relacionadas a ambiente inseguro de sono



Fonte: Elaborada pela autora.

Autora: Cristiane Fumo dos Santos

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE MEDICINA DO SONO | Gestão 2022-2025

Presidente: Cristiane Fumo dos Santos • Vice-presidente: Clarissa Bueno • Secretária: Beatriz Sardano

Um estudo conduzido nos Estados Unidos em 2019 analisou o impacto das mortes por sufocamento durante o sono, utilizando dados do registro “*Unexpected Infant Death Case 2011 to 2014*”. Durante esse período, 14% das mortes inesperadas de bebês foram atribuídas ao sufocamento. Essas mortes foram categorizadas em três grupos: sufocamento causado por objetos fofos (69%), sobreposição (19%) e aprisionamento entre objetos inanimados (12%). O sufocamento por objetos fofos ocorreu com mais frequência em camas de adultos (49%), com os bebês deitados de bruços (82%) e cobertores obstruindo as vias respiratórias (34%). As mortes por sobreposição também ocorreram predominantemente em camas de adultos (71%), sendo a mãe a pessoa que mais frequentemente se sobreponha à criança (47%). Entre os casos de sufocamento por aprisionamento, 48% das crianças ficaram presas entre o colchão e a parede.¹

Quais são as recomendações para um ambiente seguro de sono?

A Sociedade Brasileira de Pediatria³ reforça as recomendações da Academia Americana de Pediatria² em relação ao sono seguro:

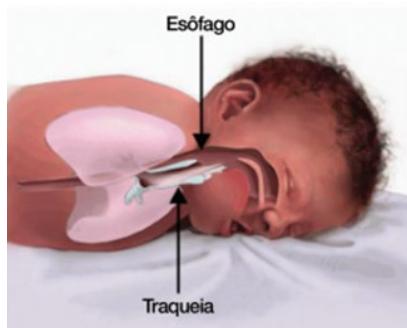
- Posicionar o bebê de barriga para cima, em todos os episódios de sono, ainda que prematura ou com doença do refluxo gastroesofágico. Uma criança posicionada de barriga para cima tem a traqueia localizada na parte superior, o que dificulta a passagem de material proveniente do estômago. No entanto, quando está de barriga para baixo, a traqueia fica mais baixa e há uma abertura na parte posterior, facilitando a entrada de material regurgitado, aumentando o risco de aspiração. A Figura 2³ ilustra bem essa relação e é um material que pode ser mostrado pelo pediatra às famílias. Bebês que já rolam não precisam ser reposicionados durante a noite.

Figura 2 – Posição do bebê nos episódios de sono

Lactente dormindo de barriga para cima



Lactente dormindo de barriga para baixo



Fonte: Moon RY, et al.²

→ Berço

- a) Deve ser uma superfície rígida e não inclinada mais que 10 graus.
- b) Não deve ter objetos fofos dentro do berço como protetores de berço, travesseiros, almofadas, ninhos, rolinhos, bichos de pelúcia ou “naninhas”.
- c) Observar se próximo ao berço o bebê terá acesso a cortinas, cordões, fios ou outros objetos com que possa se machucar.
- d) O berço pode ser reaproveitado se estiver em boas condições de uso.
- e) Observar se há o selo de Inmetro e se não sofreu recall.

→ Colchão

- a) Deve se adaptar completamente ao berço, sem espaços vazios ou ficar apertado, elevando-se em alguma lateral.
- b) Deve ser utilizado um colchão novo para cada bebê uma vez que os colchões se deformam com o uso e o período de maior vulnerabilidade é em bebês menores de 4 meses.
- c) A densidade do colchão deve ser firme.

→ Local de dormir

- a) Assentos de carro não são recomendados.
- b) O local mais seguro para o bebê dormir é o berço, que deve ficar no quarto dos pais até os seis meses (preferencialmente até os 12 meses). O berço no quarto dos pais, sem compartilhar o leito, reduz em 50% o risco de morte súbita.

O Departamento de Medicina do Sono da Criança e do Adolescente da Sociedade de Pediatria de São Paulo, bem como o Departamento de Medicina do Sono da Sociedade Brasileira de Pediatria e a Academia Americana de Pediatria reconhecem e entendem que muitos pais praticam a cama compartilhada por uma série de razões. No entanto, as evidências atuais mostram que a cama compartilhada aumenta o risco de morte súbita, entre três a mais de 10 vezes, quando comparado a compartilhar o quarto e não a cama. Essas situações de extremo risco são: dividir a cama com alguém com capacidade de despertar reduzida, seja por fadiga, uso de medicação ou substâncias, dividir a cama com fumante ou dividir outra superfície que não uma cama. Outros fatores de risco importantes: menores de quatro meses, qualquer pessoa que não os pais da criança, recém-nascidos pré-termos, uso de lençóis, cobertas e travesseiros na cama.

O compartilhamento da cama pode ser intencional ou não. Nesse último caso, orienta-se: amamentar o bebê na cama e retornar ao berço ao terminar a amamentação. Caso o cuidador adormeça no período, voltar ao berço assim que despertar. Ressalta-se que poltronas de amamentação e sofás aumentam ainda mais o risco de morte súbita quando comparado à cama e, principalmente, à noite, esses locais devem ser evitados.

- c) Gemelares devem ter berços separados.

d) Mesmo quando estiverem sozinhos, camas de adulto não são seguras, pois além do risco de queda, a densidade do colchão muitas vezes é inapropriada.

e) Contraíndica-se o uso de grades em camas de adultos pelo risco de o bebê ficar preso entre a grade e a cama, com risco de estrangulamento e sufocamento.

f) Objetos fofos como bichos de pelúcia, naninhas, cobertas, lençóis e cobertas soltas devem ser mantidos fora do berço.

- objetos fofos dentro do berço são a causa principal de sufocamentos no berço;
- vestir o bebê em camadas e/ou aquecer o ambiente é preferível ao uso de cobertas. Sacos de dormir vestíveis que deixem a cabeça e os braços livres podem ser usados. Se for utilizar lençóis e cobertas: prendê-los por baixo do colchão no pé da cama e dos lados do berço. Posicionar o bebê com os pés no pé do berço, lençóis e cobertas passando por baixo das axilas; deixar os braços soltos;
- considerar a temperatura ambiente ao vestir o bebê: geralmente uma camada a mais de roupa do que a usada pelo adulto é suficiente;
- evitar cobrir o rosto e a cabeça da criança, principalmente em ambientes fechados;
- ficar atento a sinais de superaquecimento como suor, pele vermelha ou perceber a temperatura do bebê mais alta no toque.

Outras recomendações, além do ambiente seguro de sono, que reduzem o risco de morte súbita:

- ✓ Ambiente livre de tabaco, desde a gestação: encorajar tanto casa quanto carro livres de tabaco.
- ✓ Evitar uso de drogas lícitas e ilícitas durante a gestação e o parto (incluindo álcool, maconha e opioides).
- ✓ Consultas regulares de pré-natal.
- ✓ Manter as imunizações em dia.

Não há recomendações para o uso de equipamentos que dizem proteger o bebê de morte súbita, como ninhos, colchões, roupas ou mesmo uso de monitores cardíacos.

Referências:

1. Erick LA, Parks S, Cottengim C, Faulkner M, Hauck F, Shapiro-Mendoza C. Sleep-related infant suffocation deaths attributable to soft bedding, overlay, and wedging. Pediatrics. 2019;143:e20183408.

2. Moon RV, Carlin RF, Hand I. Sleep-related infant deaths: updated 2022 recommendations for reducing infant deaths in the sleep environment. Pediatrics. 2022;150:e2022057990.

3. Sociedade Brasileira de Pediatria. Recomendações da Academia Americana de Pediatria sobre sono seguro em menores de um ano. Rio de Janeiro: SBP; 2023.

Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do autor.

Da Pediatria para a clínica adulta de jovens com deficiência intelectual

A transição dos cuidados pediátricos para a clínica de adultos é um momento de grande importância para os jovens com deficiência intelectual e suas famílias. Esse processo, que deve ser cuidadosamente planejado e implementado, envolve a transferência do cuidado integral de um ambiente pediátrico, geralmente familiar, caloroso e personalizado, para a atenção da saúde de adultos, que muitas vezes é mais fragmentada e menos acolhedora, mas que ainda assim deve garantir que os cuidados contínuos e especializados sejam mantidos.¹ A transição não é apenas uma troca de médicos ou de outros profissionais de saúde, mas um complexo processo que inclui a adaptação a novos sistemas de cuidados e a promoção da autonomia do jovem, que passa a assumir responsabilidade por sua saúde.

A importância desse processo de transição é inegável. Sabemos que adolescentes e jovens com deficiência intelectual frequentemente possuem necessidades de saúde complexas que demandam atenção contínua e especializada. Uma transição bem-sucedida pode garantir que esses jovens mantenham um bom estado de saúde física e mental, evitando complicações e intercorrências desnecessárias. Além disso, essa transição planejada ajuda a promover a autonomia e a inclusão social, permitindo que desenvolvam habilidades para gerenciar sua saúde e participar ativamente da sociedade, diminuindo as possibilidades de lacunas no cuidado e minimizando o estresse tanto para o adolescente quanto para suas famílias.^{1,2}

Sistema de saúde nacional

A estrutura atual do sistema de saúde brasileiro apresenta sérias limitações que dificultam uma transição adequada. A falta de profissionais de saúde capacitados para atender às necessidades específicas de jovens com deficiência intelectual é um dos principais problemas. Além disso, a fragmentação dos serviços de saúde, a ausência de protocolos claros e a falta de comunicação entre os setores pediátricos e de adultos criam barreiras significativas que dificultam todo esse processo. Muitas vezes, os jo-

Autora: Ana Claudia Brandão

GRUPO DE TRABALHO FASE DE TRANSIÇÃO PARA A VIDA ADULTA | Gestão 2022-2025

Coordenadora: Andrea Hercowitz

vens com deficiência intelectual e suas famílias se veem perdidos no novo ambiente de cuidado adulto, sem o suporte necessário para uma adaptação tranquila e eficaz.

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil oferece uma série de equipamentos e serviços destinados a proporcionar uma boa transição de cuidados: as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) com suas equipes médicas e agentes de saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios de especialidades, Programa de Saúde na Escola (PSE), redes de reabilitação, equipes multiprofissionais de atenção domiciliar, entre outros. Porém, todos esses recursos precisam “conversar” entre si quando se está planejando e estruturando um processo de transição que necessita ser pensado para cada jovem com deficiência intelectual.

Para enfrentar esses desafios, é crucial implementar programas de transição bem estruturados e coordenados. Esse planejamento deve começar cedo, idealmente durante a adolescência e envolver todas as partes interessadas: os jovens, suas famílias, o médico e a equipe multiprofissional.² A criação de planos de cuidado individualizados, que levem em consideração as necessidades específicas de cada jovem, é fundamental. Além disso, é necessário investir na capacitação de profissionais de saúde para que eles possam oferecer um atendimento adequado e contínuo, incluindo a equipe pediátrica e os profissionais da clínica de adultos.

O papel do pediatra

O papel do pediatra é fundamental nesse processo. Como figura de confiança, o pediatra pode coordenar a transição, preparando o jovem e sua família para as mudanças que estão por vir. Isso inclui fornecer informações claras sobre o que esperar, encaminhar para especialistas em saúde de adultos e acompanhar o progresso durante o processo de transição. A equipe multiprofissional, composta pelos profissionais que o jovem necessita (geralmente formada por psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais), também desempenha um papel crucial, oferecendo suporte emocional, social e clínico para garantir uma transição harmoniosa e contínua.

Os benefícios de uma transição bem-sucedida são significativos para todos, tanto para os jovens com deficiência intelectual, para suas famílias e para o sistema de saúde. Para os jovens, isso significa manter a continuidade dos cuidados, o que é vital para a sua saúde e bem-estar, mas também promove a autonomia e permite que desenvolvam habilidades para gerenciar sua saúde e participar mais ativamente da sociedade. Para as famílias, uma transição adequada reduz o estresse e a ansiedade associados à mudança de cuidados, proporcionando segurança e apoio.^{3,4} Portanto, traz melhora na qualidade de vida e a inclusão social que tanto almejamos.

A seguir, apresentamos as principais orientações para auxiliar os profissionais de saúde, principalmente o pediatra, nesse processo:⁵

- Iniciar o planejamento antecipadamente, idealmente no início da adolescência.
- Desenvolver um plano de cuidado individualizado.
- Envolver a família em todo o processo.
- Buscar o desenvolvimento da autonomia do adolescente.
- Facilitar a comunicação eficaz entre todas as equipes de saúde.
- Assegurar a *expertise* dos profissionais de saúde da clínica de adultos.
- Acompanhar e avaliar o processo de transição.
- Estimular um ambiente de cuidado inclusivo e acolhedor.
- Promover a educação continuada.

Conclusão

Em conclusão, a transição da Pediatria para a clínica de adultos para jovens com deficiência intelectual é um processo complexo, mas essencial. É necessário um esforço conjunto entre famílias, profissionais de saúde e o sistema de saúde para garantir que essa mudança ocorra de maneira suave e eficaz. Com planejamento, capacitação e suporte adequados, é possível garantir a continuidade dos cuidados e promover uma melhor qualidade de vida para esses jovens e suas famílias. Implementar soluções estruturais e centradas no paciente, capacitar profissionais e desenvolver programas de transição bem coordenados são passos fundamentais para alcançar esse objetivo. Somente assim poderemos assegurar que os jovens com deficiência intelectual recebam o cuidado contínuo e especializado de que necessitam ao longo de suas vidas.

Referências:

1. Lebrun-Harris LA, McManus MA, Ilango SM, Cyr M, McLellan SB, Mann MY, et al. Transition planning among US youth with and without special health care needs. *Pediatrics*. 2018;142:e20180194.
2. Ally S, Boyd K, Abells D, Amaria K, Hamdani Y, Loh A, et al. Improving transition to adulthood for adolescents with intellectual and developmental disabilities: proactive developmental and systems perspective. *Can Fam Physician*. 2018;64(Suppl 2):S37-S43.
3. Franklin MS, Beyer LN, Brotkin SM, Maslow GR, Pollock MD, Docherty SL. Health care transition for adolescent and young adults with intellectual disability: views from the parents. *J Pediatr Nurs*. 2019;47:148-58.
4. Bhau mik S, Watson J, Barrett M, Raju B, Burton T, Forte J. Transition for teenagers with intellectual disability: carer's perspectives. *J Policy Pract Intellect Disabil*. 2011;8:53-61.
5. Betz CL. Health care transition planning for adolescents and emerging adults with intellectual disabilities and developmental disabilities: distinctions and challenges. *J Spec Pediatr Nurs*. 2023;28:e12415.

Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do autor.

Febre reumática: novos critérios

Febre reumática (FR) é uma doença inflamatória sistêmica, causada por uma resposta autoimune à infecção de orofaringe (não tratada ou tratada inadequadamente) pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A (EBHGA) - *Streptococcus pyogenes*, num indivíduo geneticamente predisposto.¹ O período de latência entre a infecção e os sintomas é de cerca de 2-3 semanas. Ela acomete crianças e adultos jovens, sendo mais frequente entre cinco e 15 anos, sem predileção por etnia ou sexo, com incidência variável porém maior em regiões com baixo desenvolvimento socioeconômico.²

Apenas 0,3-3% das pessoas com faringite por EBHGA desenvolve febre reumática aguda, na dependência da predisposição genética e da virulência da cepa infectante.²

O mimetismo molecular entre estruturas do EBHGA (proteína M e outras) e do hospedeiro (células neuronais, miosina, laminina, tropomiosina e outras) desencadeia a resposta imune e consequentemente as manifestações clínicas.¹⁻² Estas incluem vários graus de inflamação das articulações e do coração, manifestando-se tipicamente como poliartrite, com ou sem regurgitação valvular. O envolvimento cardíaco pode resultar em doença cardíaca reumática, que pode causar insuficiência cardíaca e mortalidade prematura.² Menos comumente, o envolvimento dos gânglios basais resulta em coreia. O *rash* característico e nódulos subcutâneos são manifestações menos comuns. Exceto pelas lesões valvares, todas as outras manifestações da FR se resolvem sem sequelas.²

Manifestações clínicas maiores

→ Artrite

É a manifestação mais comum, ocorrendo em mais de 70% dos pacientes, acomete grandes articulações, principalmente joelhos, tornozelos, cotovelos e punhos, sendo raro o acometimento de pequenas articulações. É characteristicamente de padrão migratório e poliarticular, mas pode ser monoarticular, especialmente quando

Autoras: Gleice Clemente Souza Russo, Taciana de Albuquerque Pedrosa Fernandes, Ana Paula Sakamoto

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE REUMATOLOGIA | Gestão 2022-2025

Presidente: Gleice C.S. Russo • Vice-presidente: Taciana de A.P. Fernandes • Secretária: Ana Paula Sakamoto

o antinflamatório é introduzido precocemente. A duração da inflamação em cada articulação é de 1-5 dias e o surto total de 2-3 semanas.¹⁻²

→ Cardite

A cardite está presente em cerca de 50% dos casos, sendo a manifestação responsável pela morbimortalidade precoce e tardia da FR. Costuma aparecer simultaneamente à artrite e ter duração de 1 a 3 meses.¹⁻²

Caracteriza-se pela pancardite, sendo o acometimento clássico a endocardite com valvulite. A válvula mais acometida é a mitral, seguida da dupla lesão valvar (mitral e aórtica) e da aórtica isolada. A lesão mitral causa sopro holossistólico, apical, com irradiação para axila esquerda, mais audível no decúbito lateral esquerdo. Já a lesão aórtica causa um sopro diastólico, mais audível no terceiro espaço intercostal esquerdo, na posição vertical.

Os pacientes podem ser assintomáticos ou apresentarem taquicardia, arritmias, atrito pericárdico, dor torácica, dispneia e sinais de insuficiência cardíaca, a depender da gravidade da cardite, que pode ser classificada em silenciosa ou subclínica, leve, moderada ou grave.

→ Coreia

A coreia de Sydenham ocorre em 5 a 36% dos casos, sendo mais comum em escolares e adolescentes do sexo feminino. Costuma ocorrer isoladamente, por ser uma manifestação mais tardia (dois a quatro meses após a faringoamidalite), tem curso de três a quatro meses a um ano. Caracteriza-se por movimentos involuntários, arrítmicos, de início insidioso ou abrupto e varia na sua intensidade. Acomete sobretudo face e extremidades distais.¹⁻²

Pioram com estresse, esforço físico, estímulos sonoros ou luminosos e tendem a melhorar ou desaparecer com o sono.

→ Nódulos subcutâneos

Os nódulos subcutâneos são manifestações raras (2 a 5% dos casos), geralmente associados à cardite grave. Costumam ser múltiplos, endurecidos, móveis e indolores, variando de 0,5 a 2cm, localizados em superfícies extensoras das articulações.¹⁻²

→ Eritema marginado

Também tem baixa prevalência (< 3% dos casos), também associado à cardite. Caracteriza-se por exantema róseo, não pruriginoso, com centro mais claro e bordas serpiginosas nítidas. É localizado em tronco, abdome e extremidades proximais de membros, pouparindo a face. São fugazes (minutos a horas) e mudam comumente de forma.¹⁻²

Diagnóstico da febre reumática: o que mudou nos critérios de Jones?

Não há um teste laboratorial ou manifestação clínica isolada que dê o diagnóstico da doença. Estas abrangem uma variedade de sinais e sintomas e variam consideravelmente entre os pacientes.²

Os critérios de Jones, desenvolvidos em 1944, foram criados para estabelecer o diagnóstico sindrômico da FR designando pesos diferentes (critérios maiores e menores) para as diversas manifestações clínicas, baseados na especificidade e não na frequência de cada manifestação. Com o passar do tempo e com a grande variabilidade da incidência de FR pelo mundo, os critérios precisaram sofrer adaptações.

Em comparação aos critérios modicados de Jones de 1992,³ os critérios revisados de 2015⁴ apresentaram três grandes mudanças:

1. Estratificação de risco com base na endemicidade da doença;
2. Diferentes formas de apresentação do quadro articular para diferentes populações;
3. Consideração de evidência ecocardiográfica de cardite (cardite subclínica) como critério maior (Figura 1).

Figura 1 – Comparação dos critérios de Jones para diagnóstico de febre reumática

Critério obrigatório: evidência de estreptococia por cultura de orofaringe, teste rápido para estreptococo, elevação dos títulos de anticorpos estreptocócicos (ASLO ou outro).



Critérios de Jones modificados (1992)	Critérios de Jones revisados (2015)	
	Populações de baixo risco	Populações de alto risco
Critérios maiores Cardite Poliartrite Coreia de Sydenham Eritema marginado Nódulos subcutâneos	Critérios maiores Cardite (clínica ou subclínica) Poliartrite Coreia de Sydenham Eritema marginado Nódulos subcutâneos	Critérios maiores Cardite (clínica ou subclínica) Mono ou poliartrite ou poliartralgia Coreia de Sydenham Eritema marginado Nódulos subcutâneos
Critérios menores Febre Artralgia Elevação de provas de atividade inflamatória (VHS e PCR) Intervalo PR prolongado no ECG	Critérios menores Febre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ Poliartralgia VHS $\geq 60\text{mm e/ou PCR} \geq 3\text{mg/dl}$ Intervalo PR prolongado no ECG	Critérios menores Febre $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ Monoartralgia VHS $\geq 30\text{mm e/ou PCR} \geq 3\text{mg/dl}$ Intervalo PR prolongado no ECG

2 critérios maiores OU 1 critério maior e 2 critérios menores

VHS: velocidade de hemossedimentação; PCR: proteína C reativa; ECG: eletrocardiograma.

Fonte: Adaptado de Dajani AS, et al.³ e Gewitz MH, et al.⁴

Além disso, para o diagnóstico da recorrência de FR em pacientes sem doença cardíaca reumática, utiliza-se os mesmos dois critérios maiores ou um maior e dois menores, mas também três menores, além da evidência de infecção estreptocócica anterior. Já a recorrência de FR com doença cardíaca reumática estabelecida, pode ser diagnosticada por dois critérios menores mais a evidência de infecção estreptocócica anterior.

A revisão de 2015 adotou a categorização de pacientes de regiões com incidência anual de febre reumática aguda inferior a dois por 100.000, ou uma prevalência de doença cardíaca reumática em todas as idades de menor ou igual a um por 1.000, como tendo um baixo risco de doença, e pacientes de regiões de incidência e prevalência maiores como tendo um risco de doença moderada ou alto.²

Outra mudança foi a inclusão da cardite subclínica como critério maior. O ecocardiograma identifica pacientes com cardite reumática de modo mais confiável do que o exame clínico isolado. Pelo fato da cardite ser um acometimento frequente no surto agudo de FR, o ecocardiograma deve ser realizado em todos os casos suspeitos.

Tratamento da FR aguda e tratamento profilático

A incidência da FR tem reduzido nos últimos anos devido à melhoria das condições socioeconômicas e maior acesso à assistência à saúde.⁵ Entretanto, em países em desenvolvimento ainda observamos elevada taxa de morbimortalidade.

O manejo da febre reumática consiste no tratamento da FR aguda, com o objetivo de aliviar os sintomas, reduzir o processo inflamatório e minimizar o dano cardíaco, associado ao tratamento profilático, cujo objetivo é erradicar o EBHGA e prevenir as recorrências da doença.

Tratamento da FR aguda

O tratamento da FR aguda é realizado de acordo com a manifestação clínica. A artrite da FR tem excelente resposta aos antiinflamatórios não-hormonais (AINEs), sendo o naproxeno e o ibuprofeno os mais utilizados atualmente. Quando o diagnóstico não está esclarecido, é recomendado o uso de analgésicos para não mascarar os sintomas.

Os glicocorticoides são recomendados para os casos de cardite, sendo o seu uso controverso nos casos de cardite leve ou subclínica.⁶ Dose de 1 a 2mg/kg/dia é recomendada, com redução após duas semanas, de acordo com o Quadro 1 (página 15). Nos casos graves e refratários de cardite, a pulsoterapia com metilprednisolona pode ser realizada. E na presença de insuficiência cardíaca, medidas de suporte assim como o uso de outros medicamentos precisam ser associados.

A coreia de Sydenham é geralmente autolimitada, mas o uso de antiepilepticos, como carbamazepina e ácido valproico ou de antagonistas dopaminérgicos, como ha-

loperidol, ajudam a controlar o sintoma nos casos moderados e graves.⁶⁻⁸ Nos casos graves ou refratários, está indicado o uso de glicocorticoides como agente imunomodulador.⁶ Além da terapia farmacológica, é importante manter ambiente calmo para reduzir os estímulos para o desencadeamento da coreia.

Tratamento profilático

O reconhecimento e o tratamento adequado da amigdalite estreptocócica são a melhor forma de prevenir a FR. Assim a **profilaxia primária** da FR, que tem por objetivo erradicar o EBHGA para não desencadear a FR, deve ser feita nos casos de amigdalite estreptocócica com penicilina benzatina, via intramuscular (IM) em dose única (<20kg: 600.000UI; ≥20kg: 1.200.000UI). Outras opções de tratamento são: amoxicilina, cefalosporina, penicilina V oral ou ampicilina. Para os pacientes alérgicos à penicilina, está indicado o uso de macrolídeos.

A **profilaxia secundária** tem o objetivo de manter a erradicação do estreptococo e evitar as recorrências da febre reumática. Assim, a profilaxia secundária com penicilina benzatina (<20kg: 600.000UI; ≥20kg: 1.200.000UI), via IM, a cada 21 dias, deve ser realizada em todos os pacientes e a duração dependerá de algumas variáveis, como presença e gravidade da cardite e idade do paciente.⁷ Para os pacientes sem cardite prévia, a profilaxia deve ser mantida até os 21 anos ou após 5 anos do quadro agudo da FR, considerando o maior tempo; para os pacientes com cardite prévia, sem

Quadro 1 – Tratamento das manifestações da FR aguda

Manifestação	Medicação
Artrite	Naproxeno – 10-20mg/kg/dia, 12/12 horas Ibuprofeno – 30-40mg/kg/dia, 8/8 horas
Cardite	Prednisona – 1-2mg/kg/dia por 2 semanas. Após, reduzir 20-25% por semana, com duração total de 4 a 12 semanas, de acordo com a gravidade Pulsoterapia com metilprednisolona – para os casos graves/refratários
Coreia de Sydenham	Carbamazepina (3,5 a 10mg/kg/dose a cada 12 horas), ou Ácido valproico (7,5 a 10mg/kg/dose a cada 12 horas), ou Haloperidol (inicialmente, 0,5 a 1mg/dia, máximo 5mg/dia)

Fonte: Elaborado pela autora.

lesão crônica, a profilaxia deve ser mantida até os 25 anos ou após 10 anos do quadro agudo da FR, considerando o maior tempo; para aqueles com lesão cardíaca crônica, a profilaxia deve ser mantida no mínimo até os 40 anos, na dependência da gravidade do quadro e da necessidade de cirurgia para troca de válvula, quando a profilaxia deve ser estendida por toda a vida.⁶

Pacientes alérgicos à penicilina devem usar sulfadiazina, via oral, diariamente (na dose de 500mg/dia para <30kg e 1g/dia >30kg).

Referências:

- Alsaied K, Uziel Y, Weiss P. Reactive arthritis. In: Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB, Wedderburn LR, editors. Textbook of Pediatric Rheumatology. 8th ed. Elsevier; 2021. p. 613-30.
- Karthikeyan G, Guilherme L. Acute rheumatic fever. Lancet. 2018;392:161-7.
- Dajani AS, Ayoub E, Bierman FZ, Bisno AL, Denny FW, Durack DT, et al. Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever: Jones Criteria, 1992 update. Special writing group of the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease on the Council of Cardiovascular Disease in the Young of the American Heart Association. JAMA. 1992;268:2069-73.
- Gewitz MH, Baltimore RS, Tani LY, Sable CA, Shulman ST, Carapetis J, et al. American Heart Association Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young. Revision of the Jones Criteria for the diagnosis of rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2015;131:1806-18.
- Dooley LM, Ahmad TB, Pandey M, Good MF, Kotiw M. Rheumatic heart disease: a review of the current status of global research activity. Autoimmun Rev. 2021;20:102740.
- Braga AL, Achutti AC, Ramos AI, Weksler C, Mota CC, Santos CC, et al. Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática. Arq Bras Cardiol. 2009;93:1-18.
- Ralph AP, Noonan S, Wade V, Currie BJ. The 2020 Australian guideline for prevention, diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease. Med J Aust. 2021;214:220-7.
- Ralph AP, Currie BJ. Therapeutics for rheumatic fever and rheumatic heart disease. Aust Prescr. 2022;45:104-12.

Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do autor.



1º CONGRESSO MUNDIAL,
5º BRASILEIRO e 5º PAULISTA de

Urgências e Emergências Pediátricas

25 a 28 de março de 2026

Centro de Convenções Frei Caneca • São Paulo

Trabalhos científicos – Prazo para envio: 12 de janeiro de 2026



Transmissão global

Será um evento híbrido com transmissão global *online* de todas as salas e com três línguas oficiais em tradução simultânea: português, inglês e espanhol. No ato da inscrição marque a opção de como deseja assistir ao evento.

Aulas gravadas

Todas as aulas do Congresso que tiverem autorização dos palestrantes serão gravadas e ficarão disponíveis no site do evento para acesso dos congressistas por 6 meses.

31 de dezembro de 2024 vence o primeiro prazo de inscrições com desconto!

Acesse o site oficial do evento e confira a programação!

emergenciaspediatricas2026.com.br

Realização:

Sociedade de Pediatria de São Paulo e Sociedade Brasileira de Pediatria

Coorganização Científica:

Sociedad Latinoamericana de Emergencias Pediátricas

e Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Secretaria executiva:

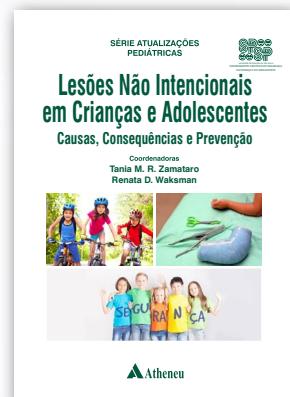
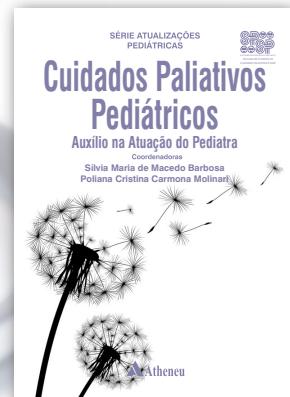
Ekipe de Eventos

41 3022-1247

ekipe@ekipedeeventos.com.br

Atualizações pediátricas

Confira os lançamentos recentes da série
em parceria com a Editora Atheneu



WWW.SPSP.ORG.BR