



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)**

MEDICINA

**ABORDAGEM DA FEBRE REUMÁTICA NO CONTEXTO DA APS RELATO
DE CASO**

MATHEUS LEANDRO ANTES

Foz do Iguaçu
2023



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)**

MEDICINA

ABORDAGEM DA FEBRE REUMÁTICA NO CONTEXTO DA APS: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof. Dra. Rosana Álvarez Callejas

Foz do Iguaçu
2023

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Matheus Leandro Antes

Curso: Medicina

Tipo de Documento

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> graduação | <input type="checkbox"/> artigo |
| <input type="checkbox"/> especialização | <input checked="" type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso |
| <input type="checkbox"/> mestrado | <input type="checkbox"/> monografia |
| <input type="checkbox"/> doutorado | <input type="checkbox"/> dissertação |
| | <input type="checkbox"/> tese |
| | <input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais |
| | <input type="checkbox"/> _____ |

Título do trabalho acadêmico: ABORDAGEM DA FEBRE REUMÁTICA NO CONTEXTO DA APS:
RELATO DE CASO

Nome do orientador(a): Rosana Álvarez Callejas

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração LatinoAmericana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca LatinoAmericana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho à minha mãe, que nunca soltou minha mão. Dedico também àqueles que estiveram no meu caminho me ensinando e inspirando a ser um profissional mais hábil e humano diariamente

O homem não teria alcançado o possível se, repetidas vezes, não tivesse tentado o impossível.”

Max Weber

RESUMO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é composta pelo conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem ações de promoção, tratamento, prevenção, diagnóstico, entre outras ações. Sendo assim, os profissionais da atenção primária de saúde (APS) são os responsáveis pelos atendimentos, colocando em prática seus atributos como: longitudinalidade, atenção ao primeiro contato, coordenação e integralidade. Isto posto, este texto traz um relato de caso de febre reumática na APS, tendo como objetivos de demonstrar o papel da APS frente às demandas complexas de saúde, abordando de maneira integral o paciente utilizando para isso uma abordagem centrada na pessoa. A paciente, feminina, 45 anos, chega à UBS com uma queixa aguda de hipertensão arterial tendo aferida em casa e constatada. Inicialmente tratou-se a hipertensão presente, com a utilização de IECA sendo agendado consulta para retornar e investigar. Três meses depois, a paciente retorna à Unidade básica de saúde (UBS) referindo possuir febre reumática e todo seu desfecho até o momento, abordando assim a comorbidade possivelmente de base e sendo investigado seu quadro referenciada e tratada na UBS. A febre reumática apresenta-se com cerca de 30 mil casos anualmente e como uma das principais causas de problemas cardiológicos. Além de exames laboratoriais, outros exames de imagem e funcionais podem auxiliar no diagnóstico como a ecocardiografia. Tratamento constitui principalmente por fármacos antibióticos inicialmente e em casos mais graves tratados de formas específicas para a comorbidade como a troca de valvas quando compromete o coração. Com este presente caso, pode ser observado a importância de um atendimento centrado na pessoa, considerando todo o contexto da paciente, realizando decisões terapêuticas compartilhadas. Ainda pode ser observado como as queixas agudas podem ser mais complexas do que realmente se pensava inicialmente, refletindo assim a importância de um atendimento voltado para integralidade do paciente.

Palavras-chave: Atenção Primária. Febre Reumática. Unidade de Saúde da Família. Relato de caso. Antibioticoprofilaxia.

ABSTRACT

The National Primary Care Policy consists of a set of individual, family, and collective health actions that involve promotion, treatment, prevention, diagnosis, and other interventions. Thus, primary health care (PHC) professionals are responsible for providing care, putting into practice their attributes such as longitudinality, first-contact care, coordination, and comprehensiveness. Therefore, this text presents a case report of rheumatic fever in PHC, aiming to demonstrate the role of PHC in addressing complex health demands by adopting a person-centered approach. The patient, a 45-year-old female, arrives at the Basic Health Unit (UBS) with an acute complaint of arterial hypertension, which was confirmed through home blood pressure measurement. Initially, the present hypertension was treated with the use of ACE inhibitors, and a follow-up appointment was scheduled for further investigation. Three months later, the patient returns to the UBS reporting a diagnosis of rheumatic fever and its ongoing progression, thus addressing the underlying comorbidity and investigating and treating the condition at the UBS. Rheumatic fever accounts for approximately 30,000 cases annually and is one of the main causes of cardiac problems. In addition to laboratory tests, other imaging and functional exams can assist in diagnosis, such as echocardiography. Treatment primarily consists of antibiotic therapy, and in severe cases, specific interventions for the comorbidity, such as valve replacement when the heart is affected. Through this case report, the importance of person-centered care can be observed, considering the patient's entire context and engaging in shared therapeutic decision-making. It also highlights how acute complaints can be more complex than initially perceived, emphasizing the importance of comprehensive patient-centered care.

Keywords: Primary Care. Rheumatic Fever. Family Health Unit. Case Report. Antibiotic Prophylaxis.

RESUMEN

La Política Nacional de Atención Primaria (PNAB) se compone de un conjunto de acciones de salud individuales, familiares y colectivas que incluyen actividades de promoción, tratamiento, prevención, diagnóstico y otras intervenciones. Por lo tanto, los profesionales de la atención primaria de salud (APS) son responsables de brindar atención, poniendo en práctica sus atributos de longitudinalidad, atención al primer contacto, coordinación e integralidad. En este sentido, este texto presenta un informe de caso de fiebre reumática en APS, con el objetivo de demostrar el papel de la APS frente a las demandas complejas de salud, abordando de manera integral al paciente utilizando un enfoque centrado en la persona. La paciente, mujer de 45 años, llega al centro de salud con una queja aguda de hipertensión arterial, que fue confirmada mediante mediciones realizadas en su hogar. Inicialmente se trató la hipertensión presente con el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), y se programó una consulta de seguimiento para investigar más a fondo. Tres meses después, la paciente regresa al centro de salud refiriendo tener fiebre reumática y explicando su evolución hasta el momento, abordando así la comorbilidad posiblemente subyacente y siendo investigada y tratada en el centro de salud. La fiebre reumática se presenta con aproximadamente 30,000 casos al año y es una de las principales causas de problemas cardíacos. Además de los análisis de laboratorio, otros exámenes de imagen y funcionales pueden ayudar en el diagnóstico, como la ecocardiografía. El tratamiento se basa principalmente en el uso de antibióticos, y en casos más graves se aplican intervenciones específicas para la comorbilidad, como el reemplazo de válvulas cuando el corazón está comprometido. A través de este informe de caso, se puede observar la importancia de una atención centrada en la persona, teniendo en cuenta todo el contexto del paciente y participando en la toma de decisiones terapéuticas compartidas. También se destaca cómo las quejas agudas pueden ser más complejas de lo que se pensaba inicialmente, enfatizando la importancia de una atención integral centrada en el paciente.

Palabras clave: Atención Primaria. Fiebre Reumática. Unidad de Salud Familiar. Informe de Caso. Profilaxis Antibiótica.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|-------------------------------------|----|
| FIGURA 1 – GENOGRAMA FAMILIAR | 11 |
| FIGURA 2 – CRITÉRIOS DE JONES | 12 |

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2 DESCRIÇÃO DO CASO | 13 |
| 3 DISCUSSÃO | 15 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 20 |
| REFERÊNCIAS | 21 |

1 INTRODUÇÃO

Segundo o que é preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os profissionais que compõem a atenção básica possuem como responsabilidade assegurar a atenção à saúde da população que compõe a Unidade Básica de Saúde (UBS), devendo garantir um conjunto de ações de saúde voltado para o indivíduo, a família e o coletivo. Dentro das responsabilidades incluem atividades de promoção, diagnóstico, tratamento, prevenção, reabilitação, entre outras, todas elas direcionadas à população do território da unidade de saúde (BRASIL, 2017).

Para conseguir a implementação e desenvolvimento da APS, deve-se exercer práticas de cuidado e gestão, de maneira democrática e participativa, focando no trabalho em equipe. Deve-se, ainda, ter suas práticas voltadas para populações de territórios definidos, pelas quais assume-se a responsabilidade sanitária. Do mesmo modo, faz uso de tecnologias complexas e variadas, que devem auxiliar no manejo das demandas de saúde de maior frequência e relevância (BRASIL, 2012).

Segundo a LEI Nº 8.080, a mesma estabelece a integralidade de suas ações como um dos seus princípios, garantindo todos os níveis de complexidade que o cidadão exija no âmbito de sua saúde. Este ponto é de extrema importância visto que, além das políticas de promoção e prevenção de saúde - um dos pilares mais importantes da APS -, as unidades básicas de saúde recebem diariamente casos mais complexos que precisam ser manejados da maneira mais ideal possível, mesmo que nas condições atuais não possuam tecnologias complexas, buscando saídas alternativas para os pacientes (BRASIL, 1990).

De acordo com Starfield, todo sistema de serviço de saúde tem duas metas: otimizar a saúde da população pelo emprego do conhecimento sobre a causa das enfermidades e minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que todos alcancem um ótimo nível de saúde (STARFIELD, 2002). Dessa maneira, o presente texto traz um relato de caso de febre reumática centrada no paciente, atendida no cenário de Unidade Básica de Saúde, durante o módulo de Atenção Primária em Saúde I do Internato em Medicina, com início em agosto de 2022 e fim em dezembro de 2022. O objetivo presente neste relato de caso é demonstrar o papel da APS em relação às demandas complexas de saúde, utilizando uma abordagem centrada na pessoa, desenvolvendo para isso ferramentas como genograma para

evidenciar as relações e enfermidades familiares. Ainda tem como objetivo evidenciar a abordagem terapêutica e os níveis de atenção necessários para as múltiplas comorbidades que podem circundar a doença principal, além da aplicação dos atributos da APS.

2 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente feminina, 45 anos, branca, em união estável, atualmente do lar tendo trabalhado apenas com fazenda anteriormente. Brasileira, natural de Catanduvas no Paraná (PR). História médica prévia de hipertensão arterial em tratamento há aproximadamente 10 anos, diabetes mellitus tipo 2 com diagnóstico há 6 anos e febre reumática diagnosticada há 10 anos atrás (no ano de 2012). Busca atendimento na unidade básica de saúde (UBS), devido à pressão alta aferida em casa sem sintomas. Em atendimento com o médico da estratégia de saúde da família (ESF), observou-se pressão de 170/95 sendo necessário realizar medidas para baixar a pressão e sopro durante a ausculta cardíaca em foco mitral. Neste momento solicitou-se a realização de Captopril e acompanhamento por 1 hora. Após 1 hora retorna para avaliação onde constatou-se melhora sendo orientada e agendada em grupo de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) para realização de ajustes na sua medicação além de encaminhamento para cardiologista para verificação e investigação deste sopro.

Passado 3 meses, devido ao alto fluxo por ser início do grupo HIPERDIA a mesma retorna para acompanhamento em atendimento com médico da ESF. Refere que está em tratamento para hipertensão fazendo uso de Carvedilol e Losartana em doses máximas e para diabetes utilizando Metformina em dose máxima também. Durante análise dos exames solicitados durante a primeira consulta, constatou-se todos os valores dentro dos parâmetros normais, com exceção do LDL que devido a seu alto risco cardiovascular a meta de LDL é abaixo de 70. Ainda na consulta anterior foi solicitado um monitoramento da pressão diário, onde evidenciou-se uma pressão levemente alterada. No momento as condutas tomadas foram de acrescentar sinvastatina devido a seu alto risco cardiovascular de acordo com o escore de Framingham. Para a hipertensão optou-se por entrar com um diurético (hidroclorotiazida), e para sua diabetes não foi necessário nada já que estava controlado (PIMENTA; CALDEIRA, 2014).

Durante a mesma consulta ainda, refere ter febre reumática diagnosticada há 10 anos, mas que desde os 14 anos a mesma apresentava artrite com dor em joelhos, tornozelos e ombros principalmente, além de fraqueza generalizada, sendo medicada sempre com anti-inflamatórios como ibuprofeno. Ambos os sintomas foram se agravando durante o passar dos anos chegando a ficar debilitada (andava com auxílio

de muletas). Segundo a paciente a mesma passou por mais de 10 médicos até realmente fazerem seu diagnóstico e iniciarem tratamento. Atualmente em acompanhamento pelo cardiologista (referenciado na primeira consulta devido ao sopro) onde fizeram um Ecocardiograma e constataram:

- Fração de ejeção de 74%;
- Estenose e insuficiência discreta em valva aórtica;
- Estenose e insuficiência discreta em valva mitral;
- Dilatação de átrio esquerdo;
- Hipertensão pulmonar;

Relata ainda que o cardiologista a colocou na fila para realizar cirurgia devido as estenoses presentes. No exame físico único achado foi a presença de sopro sistólico em focos mitral e aórtico principalmente. Como conduta tomada na UBS foi mantido a Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000 UI e orientada a permanecer realizando controle da pressão arterial e retornar para acompanhamento tanto pelo grupo HIPERDIA como para atualizações sobre sua febre reumática (BARBOSA et al., 2009).

3 DISCUSSÃO

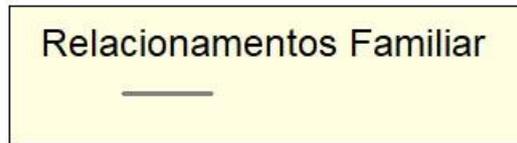
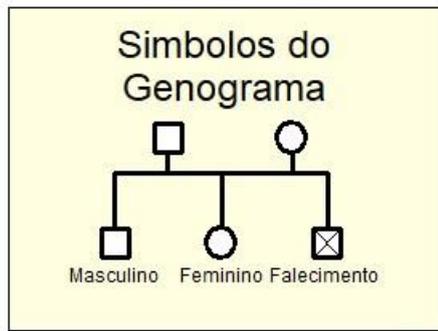
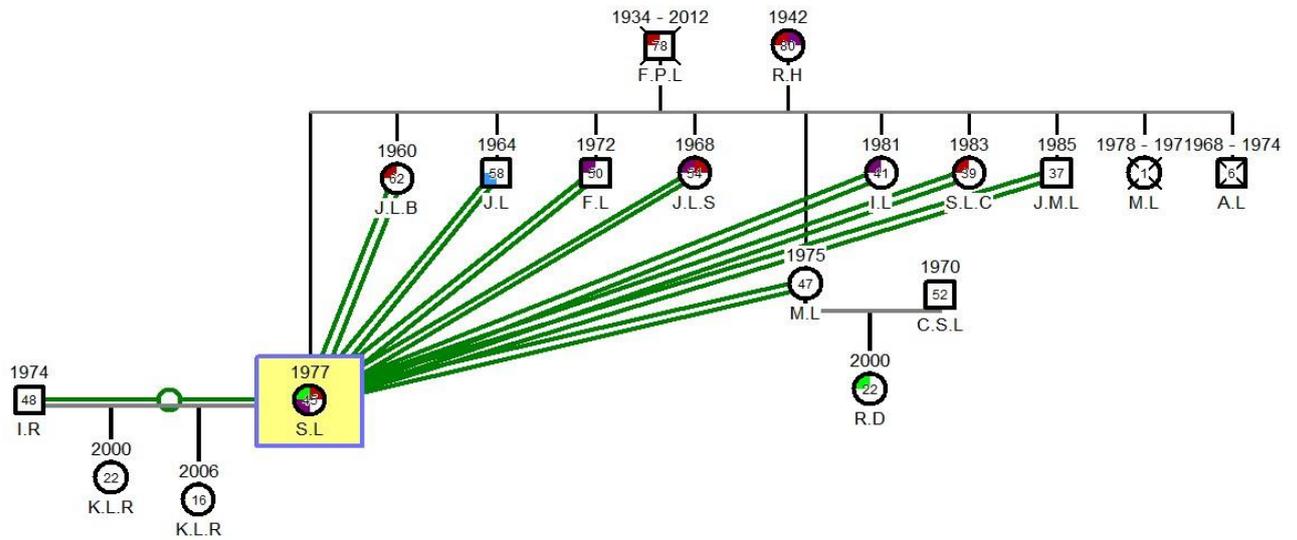
Stewart e colaboradores demonstram dois pontos principais quando citam a medicina centrada no paciente, sendo eles: cuidado da pessoa com a identificação de suas ideias e emoções sobre o processo de adoecer e o segundo ponto é a identificação de objetivos comuns entre o paciente e o médico e suas abordagens em relação a doença. Sendo assim, utilizou-se para o presente relato a Medicina Centrada na Pessoa (MCP), que se utiliza de uma abordagem médica que vai além da doença e observa a pessoa como um todo (CASTRO; KNAUTTH, 2022).

Estima-se que o Brasil registre cerca de 30.000 casos de Febre Reumática Aguda (FRA) anualmente, e desses, aproximadamente 15.000 pacientes desenvolverão algum tipo de problema cardíaco relacionado à doença. Nos últimos anos, a taxa de mortalidade da FRA apresentou um aumento significativo de 215% quando comparada aos anos de 1998 a 2016, evidenciando a relevância do debate sobre a doença nos dias atuais (FIGUEIREDO et al., 2019).

A febre reumática é uma doença inflamatória com características sistêmicas que ocorre devido à infecção pelo agente infeccioso *Streptococcus hemolítico* do grupo A. Além disso, é necessário ter uma predisposição genética para desenvolver a doença, uma vez que nem todas as pessoas infectadas pelo agente desenvolvem a febre reumática. No caso dessa paciente, o fator genético pode ser um dos desencadeadores da febre reumática, pois pode ser observado no genograma familiar que sua sobrinha também desenvolveu a doença. A sobrinha foi diagnosticada precocemente após a família já ter conhecimento prévio da doença, indicando a presença de traços de suscetibilidade na família (PEREIRA; BELO; SILVA, 2017).

Outro fator que pode contribuir é a condição socioeconômica desfavorável, que pode aumentar a suscetibilidade à infecção estreptocócica e a ocorrência de episódios de febre reumática. No caso em questão, a condição socioeconômica é relevante, uma vez que se trata de uma família com boa harmonia socioafetiva, conforme observado no genograma familiar, porém com baixa renda e certa vulnerabilidade social. Esses aspectos têm sido apontados como contribuintes para o desenvolvimento da febre reumática (MEDRADO et al., 2022).

Figura 1 – Genograma familiar



PACIENTE DO ESTUDO:
Febre reumática, Hipertensão, Diabetes



Fonte: Confeccionado pelo autor (2022).

O quadro clínico da febre reumática é mais comum entre os 3 e 15 anos de idade, com a maioria dos casos ocorrendo entre os 4 e 9 anos. Isso ocorre devido à maior incidência de amigdalite estreptocócica nessa faixa etária, o que corresponde ao início do quadro clínico da paciente aos 14 anos. Dentre as manifestações mais prevalentes, destacam-se a artrite, cardite, febre, coreia e nódulos subcutâneos, sendo o eritema marginado uma manifestação mais rara. A artrite é uma manifestação precoce, que ocorre

entre uma e três semanas e se caracteriza por ser poliarticular, migratória e não erosiva, afetando principalmente os membros inferiores. Geralmente, provoca dor intensa e comprometimento funcional. A cardite pode afetar diferentes estruturas do coração (endocárdio, pericárdio e miocárdio), sendo o acometimento endocárdico o mais frequente, com lesões valvares. Algumas das manifestações mencionadas são compatíveis com o quadro clínico da paciente, como a artrite que ela relatou desde cedo, além da cardite evidenciada pelo ecocardiograma, incluindo as insuficiências mitral e aórtica.

Para o diagnóstico da febre reumática, utiliza-se os critérios de Jones, que foram atualizados em 2015, conforme apresentado na figura abaixo:

Figura 2 – Critérios de Jones

| CRITÉRIOS DE JONES MODIFICADOS | CRITÉRIOS DE JONES REVISADOS | |
|---|--|--|
| | Populações de Baixo Risco | Populações de Risco Moderado a Alto |
| CRITÉRIOS MAIORES | | |
| Cardite | Cardite | Cardite |
| Poliartrite | Poliartrite (somente) | Mono ou Poliartrite ou Poliartralgia |
| Coréia | Coréia | Coréia |
| Nódulos subcutâneos | Nódulos subcutâneos | Nódulos subcutâneos |
| Eritema marginado | Eritema marginado | Eritema marginado |
| CRITÉRIOS MENORES | | |
| Febre | Febre | Febre |
| Artralgia | Poliartralgia | Monoartralgia |
| Provas de atividade inflamatória elevadas | VHS ≥ 60 mm e/ou PCR ≥ 3.0 mg/dl | VHS ≥ 30 mm e/ou PCR ≥ 3.0 mg/dl |
| Aumento de PR no ECG | Aumento de PR no ECG | Aumento de PR no ECG |
| EVIDÊNCIAS DE ESTREPTOCOCCIA RECENTE | | |
| Cultura positiva da orofaringe para estreptococo b-hemolítico do grupo A | | |
| Títulos elevados de ASO ou outro anticorpo estreptocócico, teste rápido para antígenos do estreptococo, escarlatina recente | | |

Fonte: GOLDENZON (2016).

Para fechar o diagnóstico de febre reumática (FR) e considerá-lo positivo, devem estar presentes 2 critérios maiores ou 1 critério maior e 2 menores,

acompanhados de evidência de infecção estreptocócica anterior. No caso da paciente em questão, podemos utilizar a presença de cardite e poliartrite como os dois critérios maiores, indicando a febre reumática.

Exames complementares, como o ecodopplercardiograma, devem ser solicitados a todos os pacientes com febre reumática, quando disponíveis, para detectar lesões cardíacas silenciosas que muitas vezes não são perceptíveis durante a ausculta (PEREIRA; BELO; SILVA, 2017). No entanto, esse exame não está disponível para solicitação pelo médico da Unidade Básica de Saúde no município de Foz do Iguaçu, tornando extremamente importante a referência do paciente a um especialista assim que a doença for descoberta, a fim de excluir ou confirmar possíveis causas graves, como ocorreu com a paciente do caso, em que foi possível confirmar lesões valvares. No entanto, problemas com essa referência são frequentes nesse contexto, pois podem atrasar o manejo adequado devido à demora nas filas, muitas vezes levando o paciente a recorrer a clínicas privadas, o que pode estar além de suas possibilidades financeiras.

O tratamento baseia-se principalmente em reduzir as manifestações clínicas e realizar a profilaxia secundária. Em casos de artrite e cardite recomenda-se o uso de corticoide como Prednisona de 1 a 2mg/kg/dia até a dose máxima de 60mg/dia podendo ser fracionado em 2/3 vezes ao dia durante 15 dias (FIRESTEIN et al., 2020). Após este período, recomenda-se reduzir cerca de 20% da dose por semana. Se a cardite for comprometedoras como o caso do estudo deve-se ponderar tratamento cirúrgico como a substituição de valvas que vai ocorrer. Se houver o sintoma de coreia utiliza-se Haloperidol na dose de 1mg/dia (e não por kg), duas vezes por dia (GEWITZ et al., 2015).

A profilaxia secundária é importante para impedir as recidivas da febre reumática, sendo necessário uso periódico e por longo prazo de antibióticos que mantenham concentrações inibitórias mínimas para o Streptococcus beta-hemolítico do grupo A. Sendo assim, se não houver cardite a profilaxia deve durar até os 21 anos ou até cinco anos após o último episódio nos que casos que tiveram recidivas. Se houver cardite a profilaxia deve durar até os 40 anos ou até 10 anos após o último episódio em casos de recidivas, se tiver risco de reinfecção a profilaxia é por toda a vida. Como a paciente do caso descobriu de forma tardia e tem manifestações

cardíacas sua profilaxia se dará por toda a vida, fazendo uso da Penicilina benzatina, IM, a cada 21 dias, 1.200.000 U (PEREIRA; BELO; SILVA 2017).

Ao comparar o atendimento realizado com a teoria da Atenção Primária à Saúde (APS), é possível evidenciar alguns atributos essenciais. Primeiramente, a Unidade Básica de Saúde (UBS) desempenha o papel de porta de entrada, ou seja, é o local onde o paciente tem o primeiro contato para abordar suas queixas. Nesse sentido, busca-se atender o paciente de maneira integral, não se limitando apenas à queixa momentânea, como no caso da hipertensão descontrolada. É importante compreender todos os fatores estressores e limitantes que possam estar contribuindo para o quadro clínico, como a possibilidade de uma febre reumática que poderia estar exacerbando a hipertensão. Dessa forma, o foco é tratá-lo não apenas em relação à doença inicial, mas sim como um todo, considerando suas necessidades individuais.

Além disso, o vínculo entre o paciente e a UBS não foi perdido, uma vez que foram agendadas consultas de retorno, garantindo a longitudinalidade do cuidado. Por fim, ao acionar outros setores, como o encaminhamento para o cardiologista, evidencia-se a abordagem coordenada no cuidado do paciente, envolvendo diferentes profissionais e especialidades para garantir uma assistência adequada (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA, 2013).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato de caso permitiu uma abordagem integral do paciente, sob a perspectiva da Estratégia de Saúde da Família, sem dissociar suas doenças e queixas que, inicialmente agudas, poderiam ser menosprezadas se consideradas isoladamente. Foi possível compreender a importância de um atendimento qualificado e a relevância da referência e contrarreferência para garantir uma assistência adequada ao paciente, resultando na redução de custos e proporcionando um impacto positivo em sua saúde.

Ao considerarmos o paciente e sua saúde como um conjunto de sistemas interligados, compostos por diversos elementos, como genética, ambiente, estilo de vida e organização das redes de saúde, torna-se essencial analisar queixas agudas nos serviços de saúde de forma integral. Isso possibilita a identificação de fatores agravantes de doenças crônicas, como no caso estudado com a hipertensão, permitindo aos profissionais abordar o caso de maneira humanizada, promovendo o bem-estar do paciente e contribuindo para um funcionamento mais eficiente da Rede de Atenção à Saúde (LALONDE, 1974).

REFERÊNCIAS

BARBOSA, P.J.B.; MULLER, R.E.; LATADO, A.L.; ACHUTTI, A.C.; RAMOS, A.I.O.; WEKLER, 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.** [S.L], v. 4, n. 93, p. 1-18, 2009. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_febrereumatica_93supl04.pdf. Acesso em: 28 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série E. Legislação em Saúde. Brasília, DF. 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2022.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017.** 183. ed. Brasília, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68-77. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=68&totalArquivos=120>. Acesso em: 09 nov. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Brasília, v. 128, n. 182, 20 set. 1990. p.1805518059. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 29 nov. 2022.

CASTRO, R.C.L.; KNAUTTH, D.R. Papel dos atributos dos profissionais médicos na produção da abordagem centrada na pessoa em atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.27, n.2, p.803-812, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mJ9hGXCYLW7nBJWMJF9HSvD/>. Acesso em: 19 de nov. de 2022.

FIGUEIREDO, E. T.; AZEVEDO, L.; REZENDE, M. L.; ALVES, C. G. Febre Reumática: Uma Doença sem Cor. **Revista Brasileira de Cardiologia**, [S.L], 2019. Disponível em: <https://abccardiologia.org/article/febre-reumatica-uma-doenca-sem-cor/>. Acesso em: 15 nov. 2022.

FIRESTEIN, G. S.; BUDD, R. C.; GABRIEL, S.E., et al. **Kelley & Firestein's Textbook of Rheumatology.** 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.

GEWITZ, M. H. *et al.* **Revisão dos critérios de Jones para o diagnóstico de febre reumática aguda na era da ecocardiografia Doppler: uma declaração científica da American Heart Association.** [S.L], 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25908771/>. Acesso em: 28 nov. 2022.

GOLDENZON, A.V; RODRIGUES, M.C.F.; DINIZ, CC. Febre reumática: revisão e discussão dos novos critérios diagnósticos. *Revista de Pediatria SOPERJ*, [S.L.], 16 mar. 2016. Disponível em:

http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=798. Acesso em: 20 nov. 2022.

HOCHBERG, M.C.; GRAVALLESE, E.M.; SILMAN, A.J.; et al. **Rheumatology**. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018.

LALONDE, Marc. **A new perspective on the health of Canadians**: a working document. Ottawa, Govern of Canada, 1974. 77 p.

MEDRADO, A. V.; SANTOS, J. F. M.; PEREIRA, S. C.; LOBO, L. R. A. A.; SALLES, L. P. FEBRE REUMÁTICA E SEU PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S.L], v. 8, n. 4, p. 1175–1184, 2022. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/5125>. Acesso em: 21 nov. 2022.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 66, p. 158-164, set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

PEREIRA, B. A. F.; BELO, A. R.; DA SILVA, N. A. Febre reumática: atualização dos critérios de Jones à luz da revisão da American Heart Association – 2015. **REVISTA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA**, [S.L], v. 57, p. 364-368, 20 nov. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/63PDN73Q3NnRyRf8Vywhrjd/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 nov. 2022.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.