

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ROSILENE GONÇALVES LIMA

**A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS
AGUDAS EM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

**TRABALHO APRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ATENÇÃO
BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Araçuaí– MG

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rosilene Gonçalves Lima

**A Importância do Diagnóstico das Infecções Respiratórias Agudas em
Crianças de 0 a 5 anos na Atenção Primária a Saúde**

**Trabalho apresentado como requisito parcial para obtenção do
título de especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.**

Orientador: Leonardo Caçado Monteiro Savassi

Banca examinadora

Professor: Leonardo Caçado Monteiro Savassi

Aprovada em Belo Horizonte: 08/08/2011

DEDICATÓRIA

À Secretaria Municipal de Saúde de Turmalina que me acolheu.

À Equipe de Saúde da Família Integração e ao médico pediatra do Município que partilhou comigo a busca do conhecimento.

Ao MESTRA - Centro Educacional mestra Joana Lopes pela contribuição.

A meus familiares pela compreensão.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, por ser presença constante em minha vida. Aos meus filhos João Pedro e Arthur e ao meu marido Josias pela paciência durante o tempo que tive que me ausentar do lar para dedicar a esta pesquisa, aos amigos e ao meu orientador Leonardo Cançado Monteiro Savassi pela paciência e apoio em todos os momentos solicitados.

Resumo

Esta pesquisa relata a importância do diagnóstico das Infecções Respiratórias Agudas em Crianças de 0 a 5 Anos no Município de Turmalina-MG. O objetivo foi identificar como é realizado o diagnóstico das Infecções Respiratórias Agudas em Crianças de 0 a 5 Anos pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde no Município. Utilizou-se como base de dados a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), site da Scientific Electronic Library Online (SciELO) e do Ministério da Saúde, utilizando-se as palavras-chaves – “Infecção Respiratória Aguda”, “Criança de 0 a 5 anos”, “Diagnóstico”. Resultados: o diagnóstico das Infecções Respiratórias Agudas deve ser realizado baseando-se em critérios clínicos e exame físico da criança. É importante que se faça um diagnóstico preciso e em tempo hábil das Infecções Respiratórias Agudas, para um tratamento adequado e efetivo, e consequentemente evitar as infecções respiratórias graves como a pneumonia e a otite. Conclusão: É necessário que os profissionais da Atenção Primária à Saúde estejam em alerta não só em relação ao diagnóstico efetivo das Infecções Respiratórias Agudas, mas também em orientar aos pais e cuidadores das crianças sobre a importância dos cuidados com o ambiente, hidratação, alimentação e ainda sobre os sinais e sintomas observáveis que oferecem riscos à saúde da criança.

Abstract

This study reports the importance of the diagnosis of Acute Respiratory Infections in Children 0-5 Years in the City of Turmalina-MG. The objective was to identify how is performed the diagnosis of Acute Respiratory Infections in Children 0-5 Years by professionals of Primary Health Care in the city. The database used was the Latin American and Caribbean Center on Health Sciences (LILACS), the site of the Scientific Electronic Libray Online (SciELO) and the Brazilian Ministry of Health, using the key words – “Acute Respiratory Infection”, “Children 0-5 years” and “Diagnosis”. Results: the diagnosis of Acute Respiratory Infections should be performed based on clinical and physical examination of the child. It is important to make an accurate diagnosis and timely of Acute Respiratory Infections, for a accurate and effective treatment and thus to prevent serious respiratory infections like pneumonia and otitis. Conclusion: It is necessary that professionals of primary health care to be on alert, not only in relation to effective diagnosis of Acute Respiratory Infections, but also in guiding parents and caregivers about the importance of environmental care, hydration, nutrition and about the signs and symptoms observed that pose risks to health of the child.

Sumário

INTRODUÇÃO	08
JUSTIFICATIVA	10
OBJETIVOS	10
METODOLOGIA	11
RESULTADOS	12
CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	19

Introdução

As Infecções Respiratórias Agudas (IRA) despertam uma crescente preocupação, devido a ampla abrangência de eventos que comprometem o trato respiratório, além de constituírem uma das principais causas de morbimortalidade em crianças em todo o mundo, sendo as pneumonias responsáveis por cerca de quatro milhões de óbitos por ano nos países em desenvolvimento. Esses dados se refletem em pressão sobre o setor da saúde e contribuem para a elevação do número de internações hospitalares resultando em gastos. As doenças respiratórias agudas podem ser classificadas pela ocorrência de um processo inflamatório infeccioso (como o resfriado comum e pneumonias) ou não infeccioso (como a rinite alérgica), sofrendo a influencia de patógenos, fatores alérgenos e traumas (MONTEIRO *et al*, 2007).

De acordo com Alvim e Lasmar (2009), as IRA mais freqüentes no nosso meio são os resfriados comuns, faringoamigdalite, otites, sinusites e pneumonias, sendo causadas na maioria das vezes por vírus. Especificamente no caso da pneumonia, a presença de bactérias deve ser sempre considerada, o que implica em antibioticoterapia.

Os principais sintomas das IRA incluem febre, tosse, dificuldade respiratória, coriza, obstrução nasal, dor de garganta e dor de ouvido, inflamação orofaríngea, otalgia, anorexia, tiragem sub e intercostal e cianose. Alguns desses sintomas, dependendo da região atingida pelo agente etiológico, decorrem do processo inflamatório causado pelo acúmulo de secreções no trato respiratório inferior e superior responsável em sua maioria pela obstrução das vias aéreas das crianças (MONTEIRO *et al*, 2007).

As IRA tem alta incidência dentre os motivos de atendimento, sendo responsáveis, segundo Alves e Veríssimo (2005), por cerca de 30% a 60% de todas as consultas pediátricas ambulatoriais, com enorme demanda para os serviços de saúde. Além disto, lactentes e crianças pequenas têm cerca de dez episódios de Infecções das Vias Aéreas Superiores (IVAS) por ano, mesmo sem comprometimento da resposta imunológica.

As IVAS representam, na sua maioria, quadros clínicos benignos e auto-limitados, de origem viral. Entretanto, apresentam risco de complicações por infecções bacterianas secundárias, principalmente em crianças menores de um ano, naquelas nascidas com baixo peso e em desnutridas, tornando-se, assim, potencialmente graves.

Algumas doenças respiratórias agudas, principalmente as pneumonias, são causas importantes de hospitalização e morte em crianças abaixo de cinco anos. Aproximadamente um de cada 50 episódios de IVAS, em crianças, evolui para pneumonia que, sem tratamento adequado, ocasiona a morte em 10% a 20% dos casos. (AMARAL *et al*; 2001).

Outro problema significativo em relação às Infecções Respiratórias Agudas (IRA) é o uso indiscriminado de antibióticos, incluindo a automedicação. Como a maioria dos casos tem etiologia

virótica, o abuso de antimicrobianos, além de inadequado, pode ser perigoso porque eles expõem a criança ao risco de diversos efeitos colaterais e favorecem o aparecimento de microrganismos resistentes. Além disso, esses medicamentos representam enorme dispêndio de recursos, diminuindo a disponibilidade para seu uso nos pacientes que realmente deles necessitam.

Segundo Carvalho e Marques (2004), em 1995 dos 11,6 milhões de crianças com idade entre zero e cinco anos que morreram em todo o mundo, 95% moravam nos países em desenvolvimento. Nesta faixa etária, a pneumonia é considerada a causa mais freqüente de morte, sendo atribuídos a ela quatro milhões de óbitos anuais, caracterizando-a como a mais importante causa de óbitos que se pode prevenir.

Carvalho e Marques (2004), também relatam que em 1994, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1994) lançou as normas para assistência e controle das IRA na infância e, em 1997, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) propôs a inclusão dessas normas na estratégia de atenção integral às doenças prevalentes na infância (OPAS, 2000). Entre os objetivos desta estratégia encontra-se o de simplificar o diagnóstico de pneumonia. Para isso, o diagnóstico seria baseado no menor número possível de sinais prontamente identificáveis com maior sensibilidade e especificidade para detectar entre as numerosas crianças com IRA, aquelas que têm alta probabilidade de ter pneumonia, a fim de definir o uso ou não uso dos agentes antimicrobianos.

Enfatizaremos nosso estudo nas ações desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Primária a Saúde (APS) no diagnóstico das IRA em crianças que procuram a Unidade Básica de Saúde, pois sabemos que as doenças respiratórias constituem um dos principais motivos pelos quais as mães levam seus filhos à Unidade Básica de Saúde (UBS) e, devido a isso, é de fundamental importância que os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) estejam capacitados para o atendimento dessa demanda.

Justificativa

Este estudo faz-se pela necessidade de diagnosticar corretamente as IRA em crianças de 0 a 5 anos pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), tendo em vista as condutas terapêuticas adotadas, o alto índice de morbimortalidade em crianças abaixo de cinco anos decorrente das complicações das IRA, e o uso indiscriminado de antibióticos, uma vez que a maioria das IRA têm etiologia viral.

Objetivos

Identificar como é realizado o diagnóstico das IRA em crianças de 0 a 5 anos pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Revisar a literatura acerca do diagnóstico das IRA em crianças de 0 a 5 anos na Atenção Primária à Saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo bibliográfico, sobre as ações desenvolvidas pelos profissionais da APS no diagnóstico das IRA em crianças de 0 a 5 anos.

Foram utilizadas as bases de dados Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), site da Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e do Ministério da saúde, utilizando-se as palavras chaves – IRA, Criança de 0 a 5 anos, Diagnóstico.

Foram selecionados para a pesquisa, os artigos mais relevantes sobre o tema publicados nos últimos 10 anos. O idioma escolhido para a pesquisa foi o português, pois a mesma tinha como objetivo conhecer a realidade nacional das IRA.

Foram recuperados na base de dados LILACS e SciELO 16 artigos e demais materiais no site do Ministério da Saúde e livros sobre o assunto. Foram usadas as palavras “Infecções Respiratórias”, “Criança”, “Tratamento”, “Diagnóstico”, “Atenção Primária a Saúde”, pesquisadas nos Descritores em Ciências da Saúde. A busca também foi feita substituindo “Atenção Primária a Saúde” por “Atenção Básica”, sem alteração nos resultados.

Foram descartados aqueles artigos que não pertenciam ao âmbito da APS, ou seja, os que estavam relacionados á atenção hospitalar e os artigos relacionados a outros tipos de infecções que não fazia parte das IRA.

Resultados

A busca por "Infecções Respiratórias", "Atenção Primária à Saúde", "diagnóstico" e "Criança" recuperou apenas cinco artigos. A maioria dos artigos que abordam o tema não usa palavras chave que definam as infecções respiratórias agudas em geral, optando por cada uma delas especificamente. No total foram selecionados 13 artigos para esta análise.

Segundo Pitrez e Pitrez (2003), as IVAS são as causas mais comuns de crianças atendidas por infecção respiratória aguda nos consultórios pediátricos e unidade básica de saúde. O uso abusivo de antimicrobianos muitas vezes é devido às dificuldades observadas no diagnóstico clínico em relação ao diagnóstico diferencial e etiológico de algumas IVAS. Neste estudo, foram citadas as IVAS mais comuns, entre elas a Rinofaringite aguda, Sinusite aguda, faringoamigdalite aguda estreptocócica (FAE) e a laringite aguda.

O diagnóstico dessas IVAS mais comuns, em sua maioria é essencialmente clínico. Em relação à Rinofaringite aguda o diagnóstico diferencial é realizado em comparação com as manifestações iniciais do sarampo, coqueluche, infecção meningocócica ou gonocócica, faringite estreptocócica, hepatite A e mononucleose infecciosa. Na Sinusite aguda, a história clínica juntamente ao exame físico, permite a realização do diagnóstico, raramente é necessária a radiografia de seios da face, o diagnóstico diferencial deve ser realizado antes da complicação da infecção viral, pode se pensar em rinite alérgica, corpo estranho nasal e adenóide. A avaliação otorrinolaringológica deve ser solicitada no caso de sinusites recorrentes, crônica ou aguda com dor persistente.

O diagnóstico da FAE é um pouco complicado. Segundo Pitrez e Pitrez (2003), Attia *et al* utilizaram manifestações preditoras positivas e negativas para encontrar um diagnóstico clínico mais provável. Entre as positivas, destacaram o aumento significativo das amígdalas, linfonodomegalia cervical dolorosa, erupção escarlatiniforme e ausência de coriza. Nawaz *et al*, entretanto, a partir de critérios clínicos, não encontraram valores positivos com alta probabilidade e concluíram que o diagnóstico de FAE somente pode ser feito através de exame laboratorial de esfregaço da orofaringe. O diagnóstico diferencial, por sua vez, deve ser realizado com faringites virais, faringite por micoplasma e clamídia, faringite meningocócica ou gonocócica, e difteria.

Alves e Veríssimo (2006), afirmam que dentre as doenças que compõem a AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância), as IRA encontram-se entre as principais causas de morbidade e mortalidade em nosso meio. Relatam também, que as crianças são mais susceptíveis às infecções respiratórias devido às características anatômicas, fisiológicas e imunitárias e que apresentam em

média entre cinco a oito episódios de IRA ao ano. Ressalta ainda que as infecções virais de vias aéreas superiores são de pouca gravidade, mas que a aderência de bactérias provenientes do trato respiratório superior pode invadir o sistema respiratório inferior e favorecer a ocorrência de infecções de maior gravidade como a pneumonia.

O controle das IRA nos países em desenvolvimento depende de várias ações provenientes da APS (OPAS, 1997). Pode-se incluir nas medidas preventivas: as imunizações, o controle e a melhoria das condições ambientais, o controle pré-natal, o aleitamento materno, a nutrição adequada e a proteção contra o resfriamento. O atendimento é baseado em critérios e classificação precoce da gravidade da infecção, na aplicação de medidas de apoio ao paciente, no uso adequado de antibióticos, na definição de critérios para encaminhar a outros níveis de atenção à saúde e tratamento de casos dentro das unidades de referência; por fim, as ações de educação em saúde, para melhorar conhecimentos, atitudes e atenção pelas mães e cuidadoras da criança no reconhecimento de sinais respiratórios simples e de gravidade e na aplicação de medidas terapêuticas recomendadas.

Segundo Alvim e Lasmar (2009), o diagnóstico das IRA é realizado na maioria das vezes por critérios clínicos. No Resfriado Comum, por exemplo, o diagnóstico é clínico, sendo desnecessários exames complementares. A maioria dos casos de Faringoamigdalite Aguda (FA) é causada por vírus e os sintomas de FA viral e bacteriana são muito semelhantes, sendo recomendada a cultura de material da orofaringe para diagnosticar a presença de bactérias. Porém estes exames geralmente não estão acessíveis, ficando o diagnóstico baseado em critérios clínicos que indicam FA bacteriana: febre alta acima de 38° C, adenomegalia subângulo-mandibular única e dolorosa, hiperemia e exsudato purulento (“placas de pus”) e ausência de tosse, coriza, rouquidão e diarreia.

Em relação à Otite Média Aguda (OMA), o diagnóstico é realizado através de exame clínico e físico, sendo o abaulamento o sinal clínico mais importante. Para isto, usa-se um aparelho de otoscópio com boa qualidade, com a criança afebril e sem choro, que leva a hiperemia timpânica e incerteza no diagnóstico da infecção. A indicação de antibioticoterapia para OMA em criança menor que dois anos inclui sintomas moderados a graves ou toxemia, febre alta (igual ou superior a 39° C), história pregressa de OMA e abaulamento e/ou otorreia, como descreve Alvim e Lasmar com base no Departamento de Otorrinolaringologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). O tratamento de OMA após o diagnóstico proposto pela SBP deve ser feito com amoxicilina (8/8h ou 12/12h), por sete ou dez dias. No caso de pacientes alérgicos à penicilina, podem ser usados sulfametaxazol-trimetoprim ou macrolídeos. Quando há recorrência de OMA três vezes em seis meses ou quatro vezes em um ano, devem ser pesquisados fatores de risco, como posição correta para mamar, rinite alérgica, hipertrofia de adenóides, entre outros. Não são recomendados antibióticos profiláticos.

Rinite é uma inflamação da mucosa devido a uma infecção ou processo alérgico e acontece frequentemente no resfriado comum viral. Independente da presença de secreção nasal purulenta ou não purulenta, essa patologia não dura mais que uma semana, mas a simples presença de secreção purulenta faz com que profissionais de saúde optem pelo uso de antibacterianos tanto em adultos quanto em crianças o que pode resultar em um aumento da resistência microbiana coletiva e de efeitos adversos individuais. Deve-se, portanto, tratar com antibióticos apenas casos em que os sintomas persistirem por tempo suficiente para que pais e pacientes se preocupem. (VANNMACHER, 2006).

Alvim e Lasmar (2009) relatam que a sinusite tem como sintomas a rinorréia, congestão nasal, febrícula, tosse diurna que se agrava a noite, halitose e edema periorbitário sem dor. O agravamento ou duração superior a 10 dias destes sintomas é que acusa se a etiologia é viral ou bacteriana. A sinusite é considerada aguda quando a duração dos sintomas é inferior a 30 dias. Seu diagnóstico é essencialmente clínico e não se recomenda radiografia de seios da face em menores de seis anos. O tratamento deve ser feito com os mesmos antibióticos utilizados para OMA, com duração de 10 a 14 dias.

Entre as infecções do trato respiratório superior, encontra-se ainda a faringite que afeta a mucosa da orofaringe e caracteriza-se por apresentar dor de garganta, podendo ser acompanhada de cefaléia, febre e mal estar em geral. Em suas complicações supurativas, temos a OMA, a sinusite aguda e o abscesso peritonsilar. Como complicações não-supurativas podem ocorrer febre reumática e glomerulonefrite aguda por imunossensibilização. O tratamento é feito com vista no alívio dos sintomas e na prevenção das complicações. Na prevenção das complicações o uso de antibióticos trás benefícios relativos e não absolutos.

Vannmacher (2006) relata que a bronquite aguda é uma doença de causa viral na maioria dos indivíduos saudáveis, mas que pode ser causada também por alguns tipos de bactérias com altas taxas de colonização orofaríngea em indivíduos saudáveis. A distinção clínica para saber se a infecção brônquica é viral ou bacteriana não é possível e por isso não é recomendado o uso de antibacterianos, pois seu benefício é controverso. Na bronquite aguda os antibacterianos apresentam modesto benefício. Esses benefícios devem ser pesados em relação a possíveis efeitos adversos, medicalização de uma condição autolimitada, aumento da resistência microbiana e custo. Dessa forma, os benefícios dos antibacterianos seriam efetivos para o tratamento de crianças com tosse produtiva crônica.

A pneumonia é a inflamação do parênquima pulmonar, causada, na maioria das vezes, por vírus e/ou bactérias, sendo a etiologia viral a causa predominante em lactentes e crianças abaixo de cinco anos. Em muitos casos não é possível obter a etiologia, e mais de um agente pode ser isolado no mesmo paciente (infecção mista 25-40% dos casos). A idade é o melhor preditor da etiologia e guia a tratamento adequado. Nos recém-nascido, os agentes etiológicos mais comuns são os Gram negativos, *Streptococcus* do grupo B

e *Staphylococcus aureus*. Nas crianças de 1 a 3 meses é causada por Vírus, Clamídia e *Bordetella pertussis*, sendo a tosse o sintoma mais importante e o lactente não manifesta febre. Na idade de 1 a 5 anos, a pneumonia é causada por vírus, pelo *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e também pelo *Staphylococcus aureus*. Já nas crianças acima de cinco anos, os agentes etiológicos são os *Streptococcus pneumoniae* e o *Mycoplasma pneumoniae*. Outro agente associado à pneumonia em crianças é o *Streptococcus pyogenes*, geralmente com apresentação grave (ALVIM & LASMAR, 2009)

Além desses agentes etiológicos, a pneumonia pode ser causada por alguns tipos de vírus: o vírus sincicial respiratório (que também causa a bronquiolite), a influenza (da gripe), a parainfluenza (do crupe) e o adenovírus (da bronquiolite grave).

Segundo Amaral *et al* (2001), estima-se que aproximadamente 15 milhões de crianças morrem a cada ano antes dos cinco anos de idade e que um terço destas mortes é devido a pneumonia; já num levantamento realizado em 88 países, compreendendo cerca de 25% da população mundial, foi estimado em 666.000 o número de mortes em um período de doze meses por infecção respiratória. Os mesmos autores relatam também que a prevalência de IRA é elevada, contribuindo com cerca de 30% a 60% da demanda as unidades de saúde, o que a torna um importante problema de saúde pública.

O diagnóstico da pneumonia é realizado com base na história clínica, exame físico e radiografia de tórax. Em muitos serviços de atenção primária não é possível a realização da radiografia de tórax, e a suspeita diagnóstica deve ser baseada em critérios clínicos, sendo a taquipnéia o sinal isolado mais sensível em crianças menores de cinco anos. A frequência respiratória deve ser avaliada com a criança afebril, tranquila, contada durante um minuto, de preferência por duas vezes. O quadro 01 demonstra quais são os valores de referência para taquipnéia.

Quadro 01. Limites superiores de frequência respiratória (FR) em relação à faixa etária da criança:
Criança com dois meses com FR maior ou igual a 60 ipm;
Criança com 2 a 12 meses com FR maior ou igual a 50 ipm;
Criança com 12 meses a 5 anos com FR maior ou igual a 40 ipm; e
Crianças acima de 5 anos com FR maior ou igual a 30 ipm.

Fonte: Alvim e Lasmar (2009)

Há outros sinais que apresentam melhor especificidade, mas são pouco sensíveis, tais como as crepitações e tiragens. As tiragens intercostais ou subdiafragmáticas são retrações inspiratórias que indicam a existência de esforço respiratório e a presença de tiragens é um indicador de gravidade.

Ressalta-se então, que na falta da radiografia de tórax para a confirmação do diagnóstico de pneumonia, é necessário um exame físico cuidadoso e bem realizado e na ausência dos sinais de esforço respiratório, taquipnéia, crepitações e diminuição dos sons respiratórios, a pneumonia pode ser descartada.

De acordo com Alvim e Lasmar (2009), o Ministério da Saúde utilizou a proposta do Programa AIDPI (Atenção Integrada a Doenças Prevalentes na Infância), instituída pela Organização Mundial de saúde (OMS), em diversas regiões do mundo, inclusive no Brasil. Essa proposta é uma abordagem sistematizada para o diagnóstico de pneumonia em crianças com menos de quatro anos e diz que:

“Em casos de tosse e/ou dificuldade respiratória, deve-se suspeitar de pneumonia. Se houver taquipneia, deve-se considerar pneumonia e iniciar antibioticoterapia. Se houver tiragem, considera-se pneumonia grave, indicando-se a internação.”

(ALVIM e LASMAR, 2009. p. 26)

Para um efetivo controle das IRAs, é fundamental o conhecimento da frequência e dos fatores de risco associados com morbidade e mortalidade por infecção respiratória em todas as faixas etárias. São incluídos como principais fatores de risco para IRA a baixa renda familiar, a baixa escolaridade da mãe, aglomeração familiar, exposição ao fumo passivo, desmame precoce e frequência à creche. Fica claro, portanto, que qualquer combate a IRA é extremamente complexo (AMARAL *et al*; 2001).

Segundo Schmitt *et al* (2007), a morbidade causada pelas IVAS é especialmente alta em crianças devido a vários fatores: há o contato da criança com o organismo pela primeira vez na vida; a falta de imunidade faz com que elas transmitam organismos agressores em grandes quantidades e por um período de tempo prolongado em comparação aos adultos; as vias aéreas das crianças são menores que as dos adultos e a reação inflamatória leva ao maior estreitamento das vias aéreas; as crianças também têm mais contato sociais com outras crianças e com seus cuidadores, sendo estes contatos mais íntimos, o que resulta em uma taxa de ataque mais alta; por fim, dependendo da idade da criança, as medidas de higiene apropriadas são pouco praticadas.

Sih e Bricks (2008), afirmam que a maioria das sinusites, otites médias agudas (OMA) e tonsilites têm etiologia viral e curso autolimitado, mas o uso de antibióticos para tratar estas infecções é muito comum principalmente em pacientes com queixa de dor na garganta, crianças com hiperemia de membrana timpânica ou tosse com secreção, e RX de seios da face com velamento. O desconhecimento sobre a evolução natural das IVAS, a pouca valorização das informações obtidas através da anamnese, exame físico e dados epidemiológicos estão associados ao uso excessivo de antibióticos.

Existem outros fatores importantes para o uso abusivo de medicamentos: o baixo valor preditivo dos sinais clínicos para diferenciar tonsilites virais das bacterianas; a falta de recursos laboratoriais simples

e de baixo custo para o diagnóstico etiológico das IVAS; o difícil acesso a serviços médicos gerando insegurança quanto ao risco de futuras complicações; as falsas expectativas de que a prescrição de antibióticos em IVAS de etiologia viral pode prevenir futuras complicações; e a dificuldade na interpretação de exames radiológicos que não permitem diferenciar sinusites virais das bacterianas e dos processos alérgicos.

Discussão

Percebe-se também na realidade local de Turmalina que as IVAS, a asma e a rinite alérgica constituem a maioria das IRA, devido principalmente a baixa umidade do ar e a baixa resistência das crianças quando de encontro com outra criança com a infecção. Segundo o pediatra que é referência no atendimento das crianças no município, a primeira opção de tratamento das IVAS é a orientação para a hidratação oral, evitar o tabagismo passivo e o tratamento sintomático com analgésicos e antitérmicos.

Em concordância com o que foi visto na literatura, o diagnóstico local das IRA também é baseado em critérios clínicos com exceção da pneumonia em que, além da frequência respiratória e outros achados, faz-se a radiografia de tórax. Segundo o pediatra que é referência no município e que atende a maioria das crianças de 0 a 5 anos, o maior número de internações hospitalares ocorre decorrente das mesmas, a pneumonia ocorre com menor frequência e quando ocorre, na maioria das vezes, é uma complicação das IVAS que evoluiu, podendo ser pela baixa imunidade da criança ou pela baixa umidade do ar.

O tratamento das IVAS é realizado com hidratação oral, evitar tabagismo passivo, evitar alérgenos no domicílio, antitérmicos quando necessário e o uso de corticóides e broncodilatadores inalatórios. A antibioticoterapia é utilizada em casos de otites e pneumonias e na maioria das vezes em âmbito hospitalar, no caso de pneumonia. O pediatra e outros médicos do município relatam que a forma de tratamento utilizada pelos mesmos é refutada pela maioria dos pais ou responsáveis pela criança, que não acreditam que medidas simples de tratamento como: hidratação oral frequente, instilação nasal com soro fisiológico, controle de alérgenos e o uso de antitérmicos e/ou analgésicos quando necessários são suficientes no tratamento das IVAS.

Conclusão

Vimos no decorrer da pesquisa que as IRA em crianças são as principais causas de morbimortalidade no mundo, principalmente em países em desenvolvimento. Dessa forma, podemos concluir que a realização de um diagnóstico preciso e em tempo hábil das IRA em crianças, é de fundamental importância para a efetivação do tratamento e consequentemente impedirem que as IVAS evoluam e afetem as vias aéreas inferiores causando infecções graves como a pneumonia.

É fundamental que os profissionais da APS conscientizem os pais da importância dos cuidados dedicados às crianças com IRA em relação à hidratação, aleitamento materno (nas idades adequadas) e uso correto das medicações de acordo com a prescrição médica.

Por fim, além da necessidade de um diagnóstico correto das IRA pelos profissionais da APS, é necessário que estes profissionais orientem os pais acerca da importância do tratamento baseado em critérios clínicos, expliquem a importância de não usar antibióticos em qualquer infecção do trato respiratório, a importância do tratamento sintomático e da observação dos sintomas, e explicitação dos principais fatores de riscos e complicações respiratórias.

Referências Bibliográficas

ALVIM, G.C; LASMAR, L.M.L.B.F. **Saúde da Criança e do Adolescente: doenças respiratórias**. Belo Horizonte: Coopmed; Nescon UFMG, 2009. 92p.

ALVES, P. C. R.; VERÍSSIMO, R. Ó. LA. M. DE. **Conhecimentos e práticas de trabalhadores de creches universitárias relativos às infecções respiratórias agudas na infância**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v. 40, n. 1, mar. 2006.

AMARAL, F. J. J. *et al.* **Prevalência e Fatores de Risco Associados a Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em Crianças Menores de Cinco anos de Idade em Fortaleza-Ceará**. Revista de Pediatria do Ceará, - 2 (1), p.49-50, jan./abr 2001.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência e controle das infecções respiratórias agudas**. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.

CARVALHO. C. M. N; MARQUES. H. H. S. **Recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria para antibioticoterapia em crianças e adolescentes com pneumonia comunitária**. Washington, v. 15, n.6, p. 1-3, Jun. 2004.

MONTEIRO, F. P. M. *et al.* **Condutas de enfermagem para o cuidado á criança com infecção respiratória: validação de um guia**. São Paulo, v. 20, n.4, p. 2-3, Oct. 2007.

MONTEIRO, M. P. F.; SILVA, M. V.; LOPES, O. V. M. **Diagnóstico de enfermagem identificado em crianças com infecção respiratória aguda**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 8, n. 2, p.5, 2006.

MOURA, A. E. F. *et al.* **Estudo de infecções respiratórias agudas virais em crianças atendidas em um centro pediátrico em Salvador (BA)**. Rio de Janeiro, v.39, n.4, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Melhorando a saúde das crianças — AIDPI: o enfoque integrado**. Washington, DC: OPAS; 2000.

PITREZ,P.M.C. ; PITREZ, J.L.B. **Infecções agudas das vias aéreas superiores – diagnóstico e tratamento ambulatorial.** Jornal de Pediatria do Rio de Janeiro. Porto Alegre, v.79, supl.1, Maio/jun. 2003.

SCHMITT, J. H. et al. **O início de uma nova era: teste sistemático para patógenos causadores de infecções agudas das vias aéreas superiores (IVAS) em crianças.** Rio de Janeiro, v. 83, n. 5, Sept./Oct. 2007.

SIH, M. T; BRICKS, F. L. **Otimizando o diagnóstico para o tratamento adequado das principais infecções agudas em otorrinopediatria: tonsilite, sinusite e otite média.** Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. São Paulo, v. 74, n. 5, Sept./Oct. 2008.

WANNMACHER, L. **Evidências sobre uso de antibacterianos nas infecções respiratórias altas: Uso racional de medicamentos: temas selecionados.** Brasília, v.4, n.1, dez. 2006.