

Ministro da Saúde

Jamil Haddad

Secretário de Assistência a Saúde (SAS)

Carlos Eduardo Venturelli Mosconi

Coordenadora de Saúde Materno-Infantil (COSMI)

Josenilda de Araújo Caldeira Brant

Chefe do Serviço de Assistência a Criança

Ana Goretti Kalume Maranhão

Manual de Normas para Controle e Assistência das Infecções Respiratórias Agudas

Primeira Edição - 1984

Segunda Edição - 1987

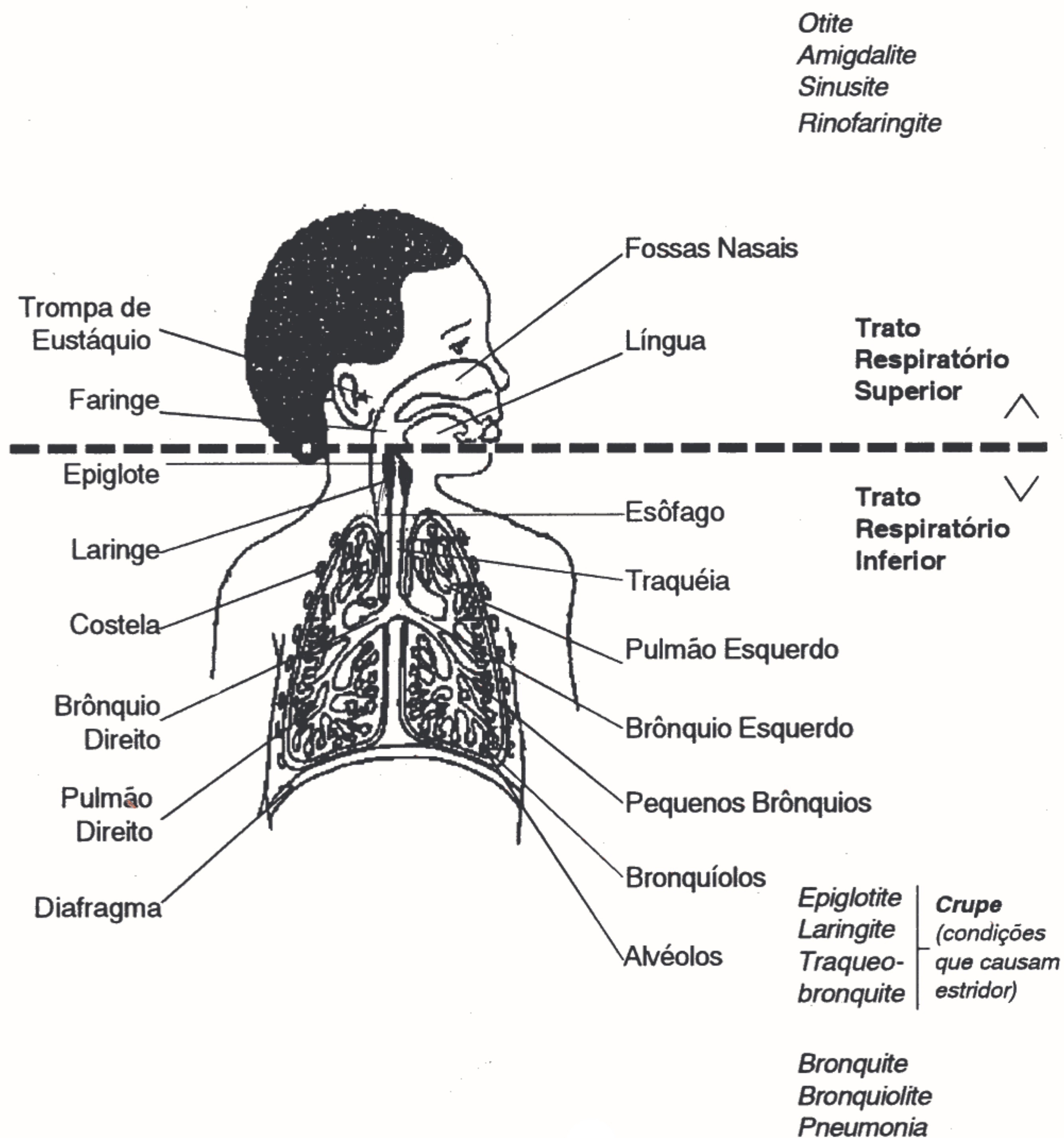
Terceira Edição - 1993

Brasília, 1993

Sumário

I. Apresentação	4
. Introdução da Terceira Edição	6
. Objetivos do Programa	7
. Estratégias	7
II. Avaliação e Conduta	9
1. Identificação do Caso com Risco de Vida	9
2. A Criança com IRA	10
3. A Criança Menor de 2 Meses com Tosse ou Dificuldade Respiratória	11
4. A Criança de 2 Meses a 4 anos com Tosse ou Dificuldade Respiratória	13
5. Outros Problemas Respiratórios: a Criança com Dor de Ouvido, a Criança com Dor de Garganta e a Criança com Estridor.	17
III. Avaliação e Conduta em Casos de Sibilância	21
IV. Instruções para Mães e Familiares	23
V. Procedimentos Terapêuticos e Técnicos	26

Infecções Respiratórias Agudas (IRA): Síndromes Clínicas



Quadro 1 - Diagnóstico de Casos por Síndromes Clínicas

Doença		Sinais e Sintomas Mais Frequentes	Sinais de Gravidade Complicações
Vias Aéreas Superiores	Amigdalite	Dor de garganta, dificuldade de deglutição, hiperemia de orofaringe, exsudato, adenomegalia cervical dolorosa	Placas ou membranas (Difteria) Não consegue engolir (Abscesso) Aspecto toxêmico
	Otite Média Aguda (OMA)	Otalgia, otorréia aguda, sinais otoscópicos (abaulamento e/ou hiperemia do tímpano)	Sinais inflamatórios da mastoide (Mastoidite) Sinais de irritação meníngea
	Sinusite	Tosse e secreção purulenta no nasofaringe e por mais de 7 dias	Celulite facial Sinais de irritação meníngea
	Rinofaringite Aguda (Resfriado comum)	Hiperemia de orofaringe Obstrução nasal Secreção nasal	OMA Sinusite
Laringotraqueobronquite Laringite Diftérica, Epiglote (Síndrome do Crupe)		Tosse, rouquidão, estridor sem sibilância	Toxemia, cornagem (tiragem extrema com estridor), salivação abundante
Vias Aéreas Inferiores	Pneumonia	Mais de 60 RPM em Menores de 2 meses	Aspecto Toxêmico
		Mais de 50 RPM de 2 meses a 1 ano	Tiragem sub-costal
		Mais de 40 RPM de 1 a 4 anos	Cianose
		Tosse, taquipnéia, dispnéia, tiragem, batimentos de asas do nariz	Agitação e/ou prostração
	Bronquiolite	Ausculta: Crepitações fixas ou evidência de consolidação pulmonar	Taquipnéia acentuada
		Pode haver todos os sinais acima e sibilância	Gemido Respiratório

I. Introdução da Terceira Edição

Ao final da década de 70, o Brasil, por intermédio da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária do Ministério da Saúde, iniciou as primeiras gestões junto às instituições governamentais e sociedades médicas no sentido de definir as medidas necessárias para o controle e assistência das Infecções Respiratórias Agudas (IRA).

Em 1981, já se sabia que as IRA representavam a primeira ou segunda causa de morte entre os menores de 5 anos, em particular, entre os menores de 1 ano. Os coeficientes de mortalidade por IRA no Brasil, era, à época, de 414/100.000 em menores de 1 ano e de 112,5/100.000 em menores de 5 anos, taxas várias vezes mais elevadas que a de países como o Canadá, Cuba e Estados Unidos.

Em 1984, o Ministério da Saúde publicou a primeira versão das normas para assistência e controle das IRA, já incorporadas ao conjunto de ações que compunham o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança.

Foram selecionados indicadores epidemiológicos e estabelecidos parâmetros operacionais a partir de estudos de demanda desenvolvidos no Brasil, de programas similares de outros países e de experiências localizadas, como a dos estados do Pará e do Rio Grande do Sul.

Na tentativa de captar e tratar o maior número de casos, estabelecem-se um grupo de sinais clínicos que, por sua capacidade de predição, possibilitassem o diagnóstico por graus de gravidade crescentes em **leves, moderados e graves**. Com isso não se utilizava a denominação usual das doenças desse grupo.

Em 1987, as normas foram revisadas e editadas, ainda utilizando a metodologia baseada na classificação prognóstica de casos. Entretanto, a avaliação feita em 1988 em capitais brasileiras, com o objetivo de medir a sua aplicabilidade e aceitabilidade por parte de pessoal de saúde, em especial dos médicos, demonstrou resultados insatisfatórios e, ao contrário do esperado, aumento do uso de antibióticos pelo número excessivo de casos classificados erroneamente como **moderados**.

A avaliação de programas em outros países e a revisão sistemática das normas, além de estudos clínicos realizados no Brasil e em outros países nos últimos cinco anos, indicaram que a maior parte dos óbitos em crianças menores de 5 anos se deve às infecções do trato respiratório inferior, na maioria das vezes Pneumonia Bacteriana. Com isso, pode-se inferir que a detecção precoce dos casos e o tratamento imediato com antibióticos e outras medidas de acompanhamento podem reduzir significativamente a mortalidade

por esta doença. É importante referir ainda que grande número de crianças com pneumonia morre no domicílio, e a maioria dos casos, nas primeiras 24-48 horas de evolução.

Esses fatos, aliados à necessidade já observada de uniformizar a linguagem para lograr melhor aceitação das normas, resultaram nas modificações ora propostas, consubstanciadas nas recomendações nacionais e internacionais (Quadro 1).

Quadro 2 - Sinopse de Modificações na Terminologia

Terminologia Prévia	IRA Grave	IRA Moderada	IRA Leve
Terminologia Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonia grave • Mastoidite • Abscesso de garganta • Laringite bacteriana • Epiglotite 	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonia • Otite média aguda • Amigdalite bacteriana (Estreptocócica) 	<ul style="list-style-type: none"> • Não pneumonia • Amigdalite não bacteriana (Não estreptocócica)
Conduta	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalização 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento domiciliar com antibiótico 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento domiciliar sem antibiótico

Objetivos do Programa

1. Reduzir a mortalidade dos menores de 5 anos por infecção respiratória aguda, em especial por pneumonia.
2. Reduzir o número de casos graves e de complicações de infecções de vias respiratórias superiores e inferiores.
3. Diminuir o uso inadequado de antibióticos e outros medicamentos em IRA.

Estratégias

As estratégias definidas para alcançar estes objetivos são: a prevenção e o manejo de casos.

A prevenção visa reduzir o número de casos e suas complicações. Baseia-se no incremento dos esquemas de vacinação no 1º ano de vida,

sobretudo porque grande número de mortes por pneumonia decorre de episódios de sarampo, bem como outras doenças imunopreviníveis; na orientação de mães e familiares para o reconhecimento de sinais de gravidade; no diagnóstico precoce e na utilização racional de drogas.

A segunda adota conceitos clínicos tradicionais e basicamente utiliza sinais cujo valor preditivo permite o diagnóstico de **pneumonia** nas suas formas **grave e não grave**, de acordo com a faixa etária. A frequência respiratória superior a 60 respirações por minuto (RPM) em menores de dois meses, superior a 50 RPM de dois a onze meses e, acima de 40 RPM de um a quatro anos, associada ou não à retração subcostal, apresenta maior capacidade de predição para o diagnóstico clínico de pneumonia.



Seção II. Avaliação e Conduta

A metodologia proposta nestas normas prevê a assistência à criança portadora de IRA com base nas três etapas seguintes:

- **Avaliar a criança**

Observar o estado clínico procurando obter subsídios para identificar ou afastar as situações de risco de vida e para tomada das medidas adequadas.

- **Classificar a criança em uma das seguintes categorias:**

- menor de 2 meses com tosse ou dificuldade para respirar;
- de 2 meses a 4 anos com tosse ou dificuldade para respirar;
- com outros problemas respiratórios: dor de garganta, dor de ouvido, estridor ou sibilância.

Cada categoria está abordada em separado neste Manual. A terminologia nesta classificação leva em conta, basicamente, a queixa e o motivo que levaram a criança à Unidade de Saúde.

- **Definir condutas:**

Serão consideradas a possibilidade de hospitalização, o uso de antibióticos, o tratamento da febre e da sibilância, as orientações à mãe e à família para tratamento domiciliar, e o acompanhamento dos casos.

Seção II.1. Identificação da Criança com Risco de Vida

Em qualquer condição que leve a criança ao serviço de saúde, é importante identificar os quadros mais graves nos quais existem o risco de vida. Essas crianças deverão ser identificadas por qualquer membro da equipe de saúde, prontamente levadas à avaliação médica para as medidas de emergência e hospitalização. Considera-se que haja risco de vida quando presentes um ou mais dos seguintes sinais ou situações:

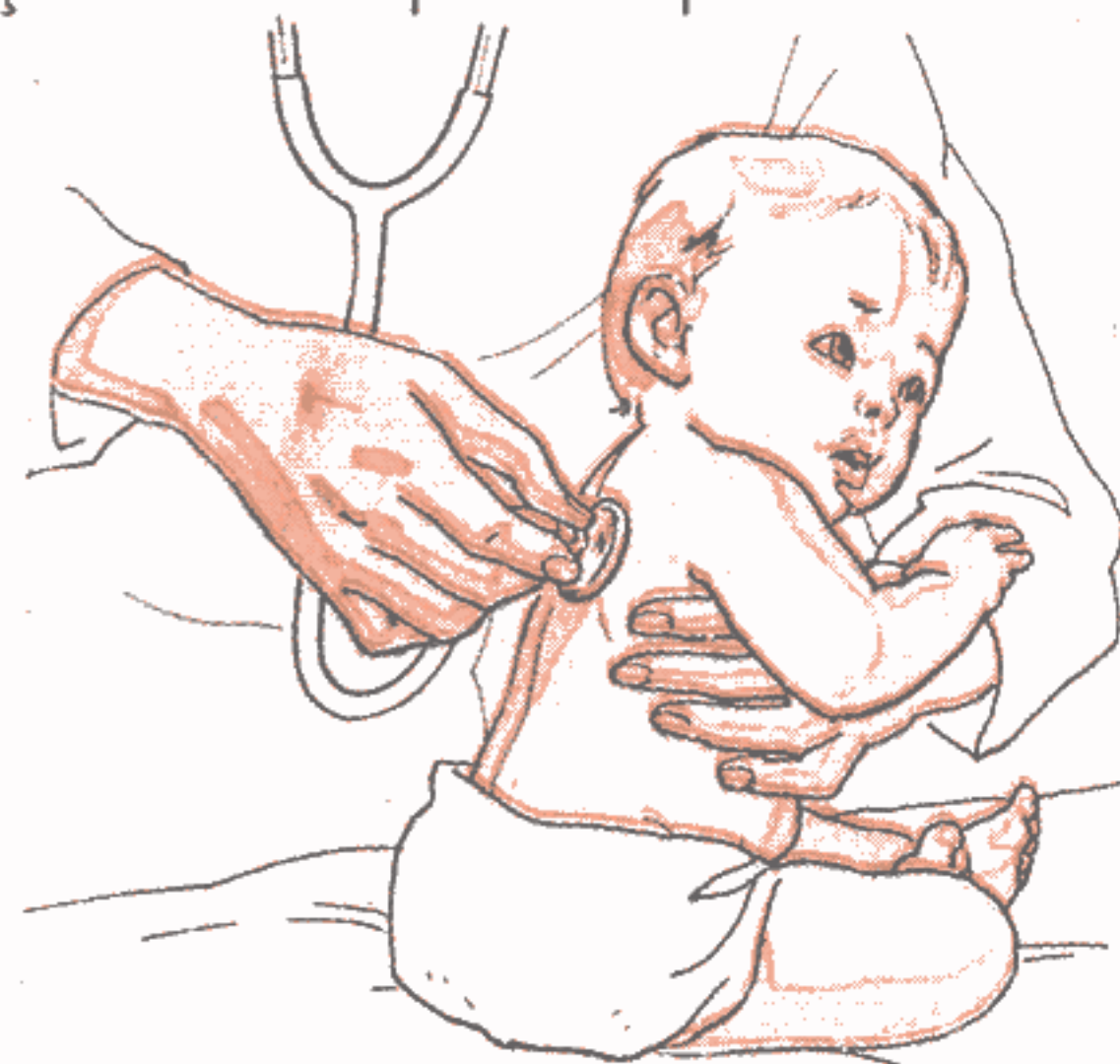
- febre ou hipotermia (baixa temperatura) - importante em menores de 2 meses e desnutridos graves;
- Palidez cutânea - mucosa acentuada;
- Desnutrição grave;
- Edema generalizado;
- Desidratação;
- Impossibilidade de beber ou de sugar;
- Convulsão ou estado pós convulsivo;
- Alternância entre agitação e prostração acentuadas;
- Estridor em repouso;

- Crises de apnéia (parada respiratória);
- Cianose;
- Insuficiência respiratória (falta de ar extrema)

Seção II.2. A Criança com IRA

Caracteriza um caso de IRA a presença de um ou mais dos sinais a seguir: tosse, dificuldade para respirar, chiado, coriza, dor de ouvido, dor de garganta, com evolução média de sete dias.

Sendo a pneumonia a principal causa de óbito entre as infecções respiratórias, sua identificação e tratamento precoces são imprescindíveis na estratégia de controle. Assim, embora a criança com IRA possa apresentar vários e diferentes sinais e sintomas, os mais importantes por serem prevalentes, são a **Tosse** e a **Dificuldade Respiratória**. A identificação destes sinais é prioritária, bem como a avaliação e a conduta de acordo com a idade, ou seja, se menor de 2 meses ou de 2 meses a 4 anos. Caso a criança não apresente tosse ou respiração rápida será avaliada segundo as orientações descritas na seção II.5. Outros Problemas Respiratórios.



Considerando a importância das pneumonias na avaliação da criança com tosse ou dificuldade para respirar **examinar especialmente:**

Examinar (com a criança acordada e calma)

Contar os movimentos respiratórios em um minuto, no mínimo duas vezes.

1. Observar:

- retração torácica;
- estridor;
- sibilância;
- presença de gemidos em menores de 2 meses;
- períodos de apnéia ou de "guinchos" (tosse quintosa) da coqueluche;
- cianose (examinar a língua);
- exantema do sarampo (examinar a pele);
- distensão abdominal (em lactentes pequenos);

2. Medir a temperatura (se há febre ou hipotermia).

Seção II.3. Criança Menor de 2 Meses com Tosse ou Dificuldade Respiratória

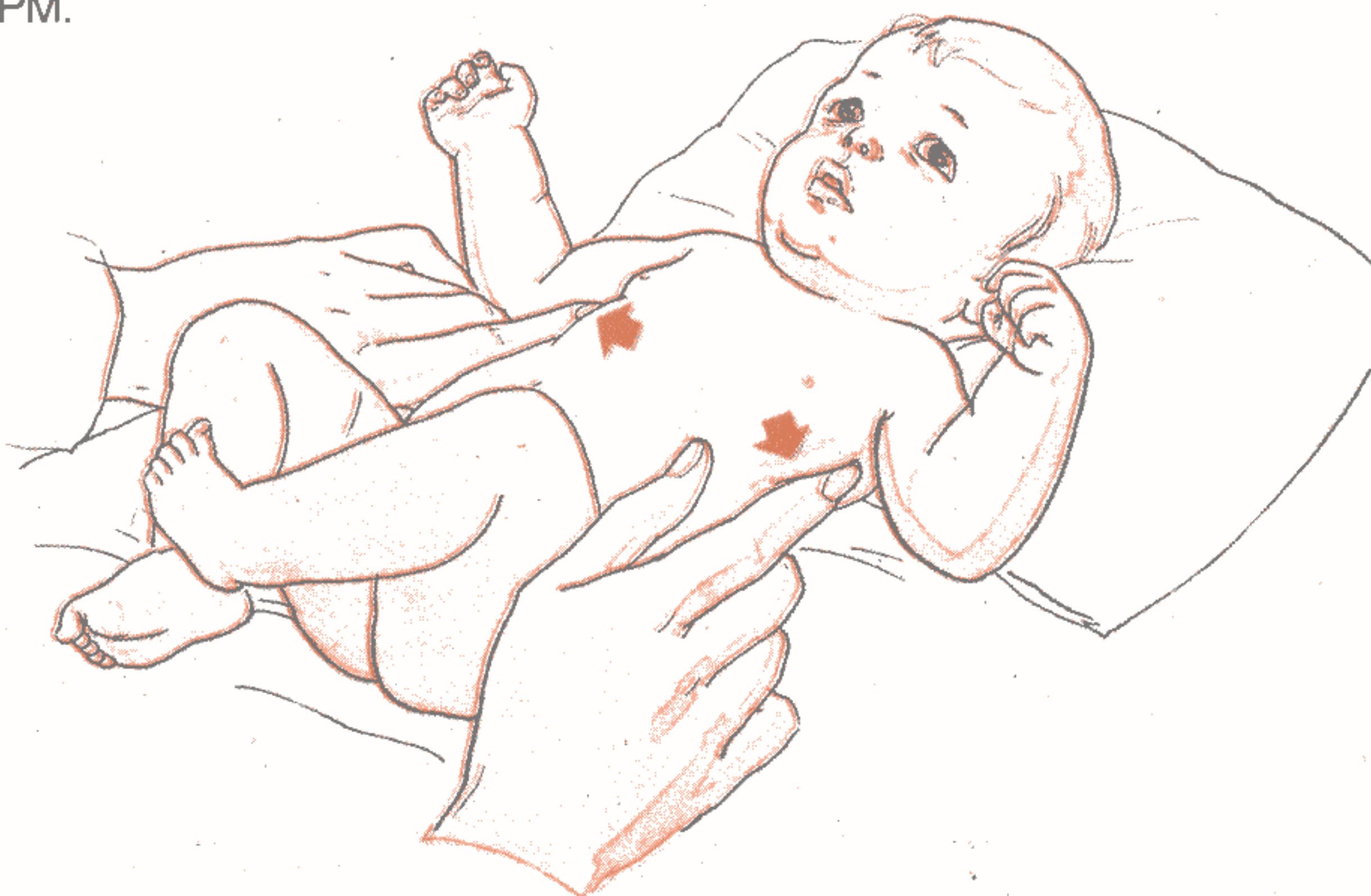
Os lactentes menores de 2 meses têm características especiais que devem ser consideradas na classificação de IRA. Esses pacientes apresentam risco maior de morrer de infecções bacterianas graves. Além disso quando doentes, com frequência, apresentam somente sinais inespecíficos, como dificuldade para se alimentar, distensão abdominal, febre ou hipotermia. A retração intercostal leve é normal nos lactentes pequenos em função da estrutura da caixa torácica ser pouco rígida. Essas características fazem com que a avaliação seja diferente da realizada em crianças maiores. Considere-se, para fins de classificação, tiragem como retração torácica subcostal.

As diferenças mais importantes encontradas são:

- a tiragem no lactente pequeno deve ser subcostal e acentuada para ser considerada sinal de pneumonia;
- respiração rápida com FR **mantida** acima de 60 RPM;
- qualquer pneumonia é considerada grave neste grupo etário.

Com o lactente em repouso, a tiragem e a frequência respiratória devem ser avaliadas assim:

1. tiragem - observar a presença de retração subcostal persistente;
2. frequência respiratória - contar pelo menos duas vezes durante 60 segundos com a criança acordada. Verificar se a FR se mantém acima de 60 RPM.



O quadro 3 apresenta a avaliação e conduta neste grupo etário

A conduta no lactente pequeno com pneumonia deve ser:

- Aquecer;
- Referir urgentemente ao Hospital;
- Mantê-lo aquecido.

Enquanto aguarda hospitalização, algumas medidas de emergência devem ser tomadas:

- Oxigenoterapia (ver seção Procedimentos Técnicos);
- Antibioticoterapia se a remoção for demorada (aplicar 1ª dose): Penicilina Procaína 50.000 U/Kg e Gentamicina 2,5 mg/Kg intramuscular;
- Manter o aleitamento materno se a sucção for possível. Caso não seja, e/ou se houver diarreia concomitantemente hidratar a criança com soro de reidratação oral;
- Manter a criança seca e aquecida à temperatura ambiente;
- Mediar a febre. Ver seção Procedimentos Técnicos e Terapêuticos;
- Se apresentar sibilância, tratar de acordo com a Seção III.

Quadro 3 - Conduta da Criança Menor de 2 Meses com Tosse ou Dificuldade Respiratória

Sinais	<ul style="list-style-type: none"> • retração subcostal persistente e/ou respiração rápida, mantida (60 ou mais/minuto) 	<ul style="list-style-type: none"> • sem retração subcostal e • sem respiração rápida (menos de 60/minuto)
Classificar como	Pneumonia	Pneumonia Pouco Provável
Conduta	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente • Manter o bebê aquecido • Dar a 1ª dose de antibiótico se não puder referir • Iniciar oxigenoterapia • Tratar a febre 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mãe sobre os cuidados em casa: • Manter o bebê aquecido • Amamentá-lo com frequência • Limpar o nariz • Retornar se a criança: <ul style="list-style-type: none"> - respira com dificuldade - respira rapidamente - tem dificuldade de se alimentar - piora o seu estado geral

Caso o lactente pequeno não apresente sinais de pneumonia, considerar outros diagnósticos de menor gravidade. Na maioria das vezes, trata-se de rinofaringite (resfriado).

A conduta nestes casos deve ser:

- Orientar a mãe para tratamento em casa e uso de medicamentos sintomáticos. Ensinar a identificar os sinais de gravidade, recomendando para retornar à unidade, se apresentar:

- respiração difícil;
- dificuldade em se alimentar;
- piora do quadro.

Seção II.4. Crianças de 2 Meses a 4 Anos com Tosse ou Dificuldade para Respirar

Nas crianças de 2 meses a 4 anos, com tosse ou dificuldade para respirar, deve-se avaliar se há **pneumonia** e se esta é **grave**.

O sinal clínico que caracteriza a pneumonia grave neste grupo etário é a **tiragem subcostal** ou **intercostal**.

Pode tratar-se de um caso de bronquiolite, porém, pela dificuldade do diagnóstico diferencial, sobretudo nas unidades de saúde de pouca complexidade e pela possibilidade de esta se complicar com infecção bacteriana, a conduta será a mesma.

Outros sinais podem ocorrer como gemido, batimento das asas do nariz e cianose. Em geral, estes sinais se acompanham de tiragem, que é suficiente para classificar como **pneumonia grave**. Nestes casos a conduta é:

- Referir urgentemente ao Hospital;
- Aplicar a primeira dose de antibiótico;
- Tratar a febre;
- Tratar a sibilância;
- Iniciar oxigenoterapia (ver seção Procedimentos Técnicos).

O antibiótico selecionado como primeira escolha é a Penicilina Procaína, por via intramuscular na dose de 50.000 U/Kg, até o limite de 400.000 U/dia.



Há outras alternativas de tratamento de pneumonia com antibióticos por via oral, conforme consta no quadro 4.

Se a criança apresenta respiração rápida, sem tiragem, deve ser classificada como portadora de **pneumonia não grave** ou simplesmente **pneumonia**. A frequência respiratória será avaliada conforme orientação a seguir:

Neste grupo etário, considera-se respiração rápida frequência acima de 50 RPM, em criança de 2 a 11 meses, e acima de 40 RPM em crianças de 1 a 4 anos.

O tratamento com antibiótico está indicado e pode evitar muitas mortes se administrado precocemente. Este tratamento não é efetivo nos casos de pneumonia viral, quando o mais importante é o uso de oxigênio. Porém, na maioria das vezes, não há forma segura de distinguir uma pneumonia bacteriana de uma viral.

A conduta para crianças de 2 meses a 4 anos, classificada como tendo **pneumonia** deve ser:

- tratar no domicílio;
- prescrever um antibiótico de acordo com o quadro a seguir, orientando a mãe sobre como administrá-lo;
- tratar a febre;
- recomendar e enfatizar com a mãe a importância de voltar em 48 horas, ou antes se houver piora do quadro, para reavaliação.

O quadro 5 resume as condutas nestes casos.

Os antibióticos a serem utilizados são: Penicilina ou Sulfa-Trimetoprim, Amoxicilina ou Ampicilina. A Penicilina Benzatina permanece uma alternativa de tratamento no Brasil, tendo em vista situações operacionais em certas regiões e, onde o retorno em 48 horas está assegurado.

Atenção

A reação alérgica à Penicilina é rara na criança. Valorizar apenas se houver relato de reações alérgicas com uso de Penicilina, Amoxicilina ou Ampicilina. Nestes casos, evitar prescrever estes antibióticos e utilizar Eritromicina ou Sulfa-Trimetoprim, dependendo do caso.

Não se recomenda fazer teste alérgico para Penicilina rotineiramente.

Não prescrever Sulfametoxazol-Trimetoprim para crianças menores de 2 meses ou com icterícia.

Quadro 4 - Antibióticos Seleccionados para Casos de Pneumonia Conforme a Faixa Etária

de 2 meses a 1 ano

Penicilina Procaína 50.000 U/Kg/dia de 24 em 24 horas durante 7 dias, por via intramuscular, até o máximo de 400.000 U/dia.

Sulfa-trimetoprim 40 mg/Kg/dia de Sulfametoxazol de 12 em 12 horas durante pelo menos 7 dias

Amoxicilina 50 mg/Kg/dia de 8 em 8 horas durante pelo menos 7 dias, por via oral.

Ampicilina 100 mg/Kg/dia de 6 em 6 horas durante pelo menos 7 dias.

Penicilina Benzatina - 600.000 U/dose única, por via intramuscular.

Penicilina Procaína 400.000 U/dia de 24 em 24 horas durante 7 dias, por via intramuscular.

Sulfa-trimetoprim 40 mg/Kg/dia de Sulfametoxazol de 12 em 12 horas durante pelo menos 7 dias

Amoxicilina 50 mg/Kg/dia de 8 em 8 horas durante pelo menos 7 dias, por via oral.

Ampicilina 100 mg/Kg/dia de 6 em 6 horas durante pelo menos 7 dias.

Penicilina Benzatina - 600.000 U/dose única, por via intramuscular.

É muito importante reavaliar a criança que está recebendo antibiótico, pois algumas não respondem ao tratamento inicial. A conduta nestes casos de reavaliação será de acordo com o quadro clínico, ver quadro 5, a seguir:

Quadro 5 - Reavaliação e Conduta na Consulta de Retorno

Casos de Plora	Com Tiragem ou Outros Sinais de Gravidade	Referir ao Hospital
Casos Inalterados		<ul style="list-style-type: none"> • Referir ou mudar o antibiótico • Penicilina Benzatina ou Penicilina Procaína: trocar para Sulfa-trimetoprim. • Sulfa-trimetoprim trocar para Penicilina Procaína • Reavaliar em 48 horas como um caso novo
Casos de Melhora	<ul style="list-style-type: none"> • Respiração mais lenta • Alimenta-se melhor • Melhora da febre 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter o antibiótico no mínimo 7 dias

Se a criança não apresentar tiragem ou respiração rápida, o caso será classificado como **não pneumonia** ou como outros **problemas respiratórios**. Muito freqüentemente será resfriado, não estando indicado o uso de antibióticos, porque não alivia os sintomas e nem previne a pneumonia. Poderá tratar-se ainda de outras infecções do trato superior, como amigdalite ou otite.

Os resfriados costumam melhorar em uma semana.

Em crianças com tosse por mais de 30 dias, devem ser investigadas outras doenças tais como: tuberculose, coqueluche, asma e sinusopatias.

A conduta frente a uma criança de 2 meses a 4 anos que não apresenta tiragem ou respiração rápida (não pneumonia) é:

- tratar febre;
- tratar sibilância;
- tratar outras infecções do trato superior (otite, amigdalite ou sinusite);
- orientar a mãe para o tratamento no domicílio;
- investigar outras doenças, caso haja tosse por mais de 30 dias.

Quadro 6 - Conduta da Criança de 2 Meses a 4 Anos com Tosse ou Dificuldade Respiratória

Sinais	Tiragem	Sem Tiragem	Sem Tiragem
	(Se também tem sibilância referir-se à Seção III)	<ul style="list-style-type: none"> • Respiração rápida 50 ou mais/min. se tem de 2-11 meses 40 ou mais/min. se tem de 1-4 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sem respiração rápida
Classificar como	Pneumonia Grave	Pneumonia	Não é Pneumonia
Conduta	<ul style="list-style-type: none"> • Referir ao hospital • Dar a primeira dose de antibiótico • Iniciar a oxigenoterapia • Tratar a febre • Tratar a sibilância* 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar para tratamento domiciliar • Dar o antibiótico • Orientar para retorno em 48 horas ou antes se piorar 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar para tratamento domiciliar • Tratar a febre e a sibilância • Avaliar e tratar a dor de garganta, dor de ouvido, estridor ou outros problemas • Se tosse há 30 dias, encaminhe para avaliação.

* Atenção: se após o uso do broncodilatador desaparecer ou diminuir muito a tiragem, reclassificar o caso. Isso pode evitar a hospitalização.

É importante que os profissionais de saúde ensinem às mães como reconhecer sinais de gravidade, o que aumentará a probabilidade de retorno, sempre que necessário.

Outros problemas também devem ser tratados se presentes, como diarreia e doenças de pele, que são freqüentes.

O estado vacinal também deve ser verificado e a criança encaminhada para vacinação, quando necessário. O aleitamento deve ser incentivado e as mães e famílias orientadas sobre os riscos de exposição de crianças à fumaça de cigarros no domicílio.

Seção II.5. Outros Problemas Respiratórios

II.5.1. Criança com Dor de Ouvido

A otite é uma infecção de vias aéreas superiores freqüente e pode ocorrer isoladamente ou como complicação de outras infecções.

São sinais indiretos de dor de ouvido no lactente pequeno:

- irritabilidade;
- dificuldade para sugar;
- choro freqüente levando a mão à orelha;
- interrupção da mamada com o choro.

O exame objetivo pode demonstrar saída de pus pelo conduto auditivo. A otoscopia é importante porque ajuda a diagnosticar a otite antes de supurar, demonstrando tímpano vermelho, imóvel e opaco.

Quadro 7 - Conduta da Criança com Dor de Ouvido

Sinais		
	<ul style="list-style-type: none"> • Dor e vermelhidão atrás da orelha 	<ul style="list-style-type: none"> • Dor de ouvido • Presença de pus no conduto há menos de 2 semanas • Otoscopia anormal
Classificar como	Mastoidite	Otite Média Aguda
Conduta	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalizar 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar antibiótico oral • Manter o ouvido limpo de secreções • Tratar a febre e a dor • Reavaliar em 5 dias