A otite deve ser tratada com antibióticos (sulfametoxazol-trimetoprim na dose de 40 mg/Kg/dia VO; ou amoxicilina na dose de 50 mg/Kg/dia VO, de 8/8 horas ou ampicilina na dose de 100 mg/Kg/dia de 6/6 horas). O tempo de tratamento é de 10 a 14 dias.

Pode haver agravamento do quadro, complicando com infecção do osso mastóide (mastoidite), e nesses casos a criança deve ser hospitalizada.

Se a criança se apresentar à consulta drenando pus pelo conduto auditivo por mais de 2 semanas, instruir para limpeza freqüente e cuidadosa e, se possível, referir para serviço especializado.

O quadro 7 resume as condutas nestes casos.

Seção II.5.2. Criança com Dor de Garganta

Muitas crianças com IRA apresentam dor de garganta. Nos lactentes pode-se manifestar por dificuldade de engolir. Na maioria das vezes a dor de garganta deve-se à infecção viral e evolui bem sem tratamento. Podem ser usados analgésicos ou gargarejo com solução de água morna e sal de cozinha ou bicarbonato de sódio para as crianças maiores.

Nos maiores de 2 anos, febre elevada e gânglios palpáveis e dolorosos no pescoço sugerem amigdalite estreptocócica. Podem estar presentes pontos de pus nas amígdalas.

O tratamento recomendado nestes casos é a Penicilina Benzatina, em dose única, por via intramuscular:

- entre 2 e 4 anos 600.000U
- para maiores de 5 anos 1.200.000U

ou

- Amoxicilina... por 10 dias - 50 mg/Kg/dia, divididos em 3 doses (8/8 horas).

A infecção bacteriana pode-se apresentar como quadro mais grave - abscesso de garganta (retrofaríngeo). Nestes casos, a conduta inclui a hospitalização.

Se houver presença de membranas ou placas acinzentadas pensar em difteria e encaminhar para tratamento em unidade apropriada, com urgência.

O quadro 8 resume as condutas nestes casos.

Quadro 8 - Conduta da Criança com Dor de Garganta

Sinais	• Criança não consegue engolir • Aspecto Toxêmico	• Gânglios aumentados e dolorosos no pescoço. • Amígdalas hiperemiadas podendo ter pontos de pus	• Pouca dor • Vesículas e/ou hiperemia na garganta
Classificar como	**Abscesso de Garganta**	**Amigdalite Bacteriana (Estreptocócia)**	**Amigdalite Viral**
Conduta	• Hospitalização	• Tratar no domicílio • Dar penicilina benzatina ou amoxicilina • Tratar os sintomas	• Tratar no domicílio • Não dar antibióticos • Tratar a febre ou a dor se necessário

Seção II.5.3. Criança com Estridor

A criança com IRA e respiração ruidosa (estridor) provavelmente apresenta inflamação na laringe. Geralmente se acompanha de tosse rouca. Estas doenças podem ser causadas por vírus, e algumas vezes por bactérias incluindo a difteria. Pode ocorrer também no curso do sarampo. Os casos de epiglotite são infecções bacterianas pouco freqüentes. Cursam com voz anasalada, intensa salivação e aspecto toxêmico.

É importante avaliar o grau de dificuldade respiratória, podendo ser leve ou moderada. Alguns casos são de extrema gravidade. No estridor por infecção bacteriana, a febre é alta, ocorre tosse sem secreção purulenta, a dificuldade respiratória é mais grave e a criança está toxêmica.

Se o estridor é leve, desaparecendo quando a criança está calma ou dormindo, pode ser tratado em casa, com sintomáticos e com inalação de vapor quente. Se a tosse é persistente, uma bebida quente pode acalmá-la. **Instruir a mãe sobre a possibilidade de agravamento** (tiragem, ansiedade, febre alta), ocasião em que deverá procurar atendimento de urgência.

Os casos suspeitos de difteria (membrana acinzentadas na garganta, história vacinal negativa, estado toxêmico) deverão ser hospitalizados devido à sua gravidade.

O quadro 9 resume as condutas nestes casos.

Quadro 9 - Conduta na Criança com Estridor

Sinais	• Estridor em repouso • Dificuldade para engolir • Toxemia • Ansiedade • Tiragem • Febre	• Estridor leve que desaparece em repouso • Criança sem febre alta e bom estado geral
Classificar como	**Laringite Bacteriana** **Epiglotite**	**Laringite Viral**
Conduta	• Hospitalizar • Oxigênio • Dar a primeira dose de antibiótico (ampicilina) enquanto aguarda a remoção	• Tratar no domicílio com sintomáticos • Instruir a mãe para identificar sinais de gravidade

Não se deve esquecer que um corpo estranho localizado na traquéia ou laringe, assim como malformações congênitas nessa localização, também causa estridor. Atentar para história clínica.

O uso de oxigênio em casos de estridor exige atenção rigorosa porque pode dissimular o agravamento da insuficiência ventilatória.

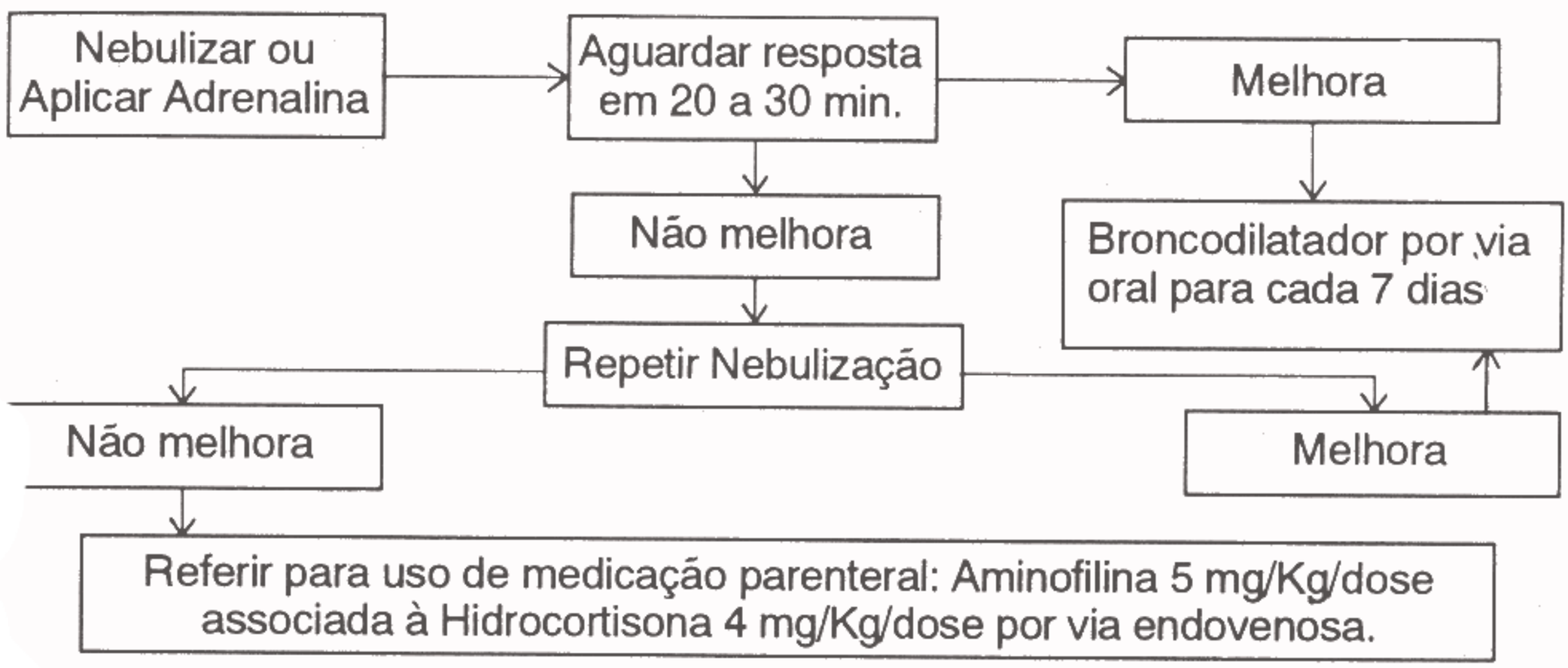
Seção III. Avaliação e Conduta na Criança com Sibilância

A sibilância é uma manifestação clínica que ocorre por obstrução ao fluxo aéreo. É uma condição muito comum nos serviços de saúde, estando entre as principais causas de consultas pediátricas em certas regiões do país. Além disso, pode-se confundir com IRA ou estar associada a um quadro infeccioso das vias respiratórias. As principais doenças que cursam com sibilância são a **Asma Brônquica** e a **Bronquiolite**, podendo entretanto, ser detectada em outras situações, inclusive na pneumonia. Essas doenças podem ocasionar retração intercostal e aumento da freqüência respiratória, sendo comum confundir-se com o diagnóstico da pneumonia, em certas situações.

Ao ser detectada a sibilância, a conduta terapêutica a ser adotada, é administrar droga broncodilatadora, por via inalatória - nebulização com Salbutamol ou Fenoterol - ou através dos aerossóis, sprays ou bombinhas - , o que pode ser repetido, caso não haja resposta satisfatória, em 20 a 30 minutos. A dose a ser usada é uma gota para cada 3 Kg/dose, diluídas em 5 ml de soro fisiológico (quadro 10). A dose máxima recomendada é de 7-8 gotas. A via inalatória é sempre preferível para uso nas unidades de saúde, em razão de sua eficácia. A medicação oral está indicada para uso domiciliar e nos períodos intercríticos. Uma alternativa de tratamento pode ser a administração por via subcutânea de Adrenalina 1:1000, na dose de 0,01/mg/dose, se houver impossibilidade de utilizar a nebulização.

Considerando que, após a melhora inicial, poderá haver recaída, a criança deverá ser observada por um período de 30 minutos antes da decisão final da conduta (quadro 10).

Quadro 10- Conduta da Criança com Sibilância



São critérios de melhora:
- Respiração mais fácil;
- Diminuição ou desaparecimento da retração intercostal;
- Diminuição da freqüência respiratória;
- Diminuição da sibilância.

Após a reavaliação clínica definir condutas:

• Criança com sinais de gravidade: referir para hospitalização;

• Criança que permanece com importante dificuldade respiratória depois de tratamento inicial ou que tenha seu quadro deteriorado após período de melhora: hospitalização.

• Criança com melhora da dificuldade respiratória: encaminhar para tratamento domiciliar por um período não inferior a cinco dias com:

• Salbutamol por via oral na dose de 0,1 mg/Kg/dose de 8/8 horas;
• Aminofilina por via oral na dose de 5 mg/Kg/dose de 6/6 horas.

É importante orientar a mãe e familiares para, ao começar o quadro de falta de ar e chiado (sibilância), dar uma primeira dose da Salbutamol por via oral, em casa, conduta que muitas vezes por evitar a ida da criança à Unidade de Saúde.

Seção IV. Instruções para Mães e Familiares

Os seguintes itens devem ser orientados aos familiares de crianças com IRA. Essas orientações destinam-se a informar sobre sinais de piora e dar suporte e conforto durante o episódio.

- Sobre os sinais de gravidade

Observar a presença dos seguintes sinais, pois podem indicar presença de pneumonia:

- Respiração mais difícil;
- Respiração mais rápida;
- Impossibilidade de ingerir líquidos e
- Piora do estado geral.

- Sobre o sono e o repouso

Para facilitar a respiração da criança, recomendar os seguintes recursos:

- Nas regiões secas, umidificar o ambiente, utilizando recipiente de água ou toalha molhada estendida, ou ainda, panos molhados próximos à criança;
- Fazer vaporização nos casos de tosse rouca (ou estridor) utilizando somente água para isso;
- Evitar atividade física excessiva;
- Evitar o uso de cigarros e outros poluentes do ar perto das crianças.

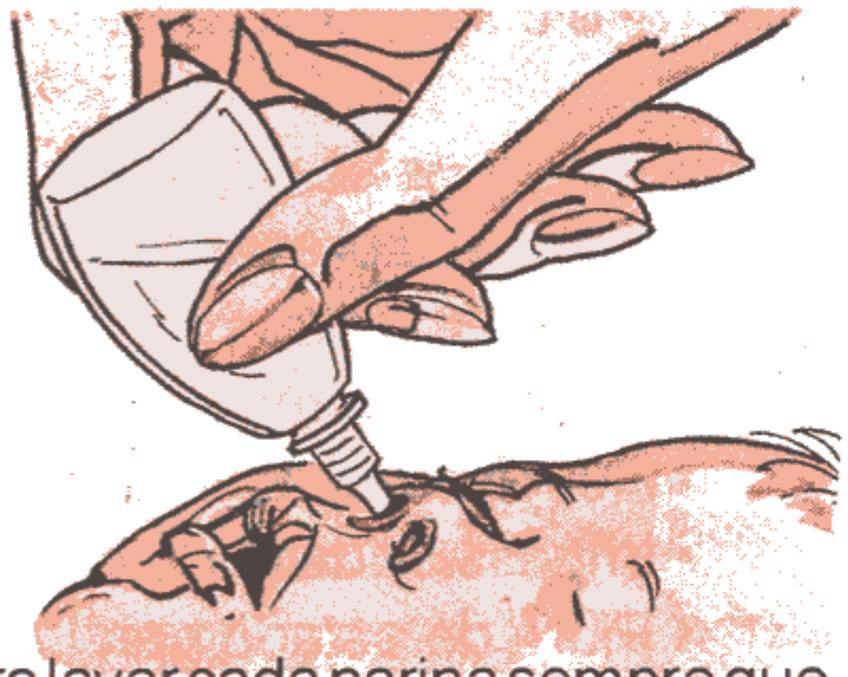
- Sobre a alimentação e hidratação

- Lembrar que é natural a perda de apetite durante as doenças e que isso melhora com a cura;
- Manter a alimentação normal em pequenas quantidades e intervalos menores;
- Lembrar que, durante o período de doença infecciosa e após o episódio, a criança precisa de mais alimentos;
- Ao fornecer alimentos, manter a criança em posição semi-sentada, para prevenir aspiração;
- É importante oferecer líquidos freqüentemente (sucos, chás, leite, água, etc.) pois previne a desidratação e ajuda a baixar a temperatura.

Utilizar os sais de reidratação oral no caso de diarréia. Estes sais são fornecidos por todas as Unidades de Saúde.

- Sobre eliminação das secreções

Não se deve utilizar sedativos ou xaropes para tosse. A tosse é importante para a eliminação da secreção (catarro). Além disso, os xaropes podem provocar enjôos, vômitos, irritação brônquica com produção excessiva de secreção e agitação da criança.



Fazer tapotagem quando indicado (nos casos de tosse com secreção) do seguinte modo:

• colocar a criança deitada no colo;

• com as mãos em concha, ou com os dedos, fazer vibrar as costas da criança;

• não fazer tapotagem após as refeições.

Fluidificar a secreção nasal. Ensinar a preparar a solução salina em casa e orientar para lavar cada narina sempre que necessário. Desprezar esta solução caso fique turva e preparar nova, a cada dia.

- Sobre a higiene

Não é necessários deixar de dar banho. A higiene deve ser feita diariamente, em todas as partes do corpo.

- Sobre a febre

Não é necessário usar antitérmicos para temperatura de até 38°C, a não ser nos casos de história de convulsão febril.

Ao notar que a criança está com febre, e não se dispondo de termômetro para verificar a temperatura, medicar com AAS ou Acetaminofen e dar banhos mornos, de preferência de banheira ou bacia, ou colocar compressas úmidas. Essas medidas ajudam a baixar a febre alta.

- Sobre a doença em tratamento

Esclarecer sobre o tempo médio de duração das doenças e, sobretudo, da duração de sinais. A febre, por exemplo, muitas vezes só desaparece após 3 a 4 dias de evolução da doença, mesmo com uso de medicação.

Esclarecer da necessidade de dar os medicamentos nas quantidades certas e tempo indicado.

Orientar sobre a importância das datas e retorno, ou a qualquer momento em que a criança piore, apresentando os sinais de gravidade já citados ou ainda se ocorrer:

- vômitos persistentes;

- recusa sistemática de alimentação;
- agitação ou prostração acentuadas;
- freqüência respiratória muito aumentada;
- persistência de febre acima de 39°C;
- gemido;
- dificuldade para respirar.

- Sobre as medidas preventivas das IRAs

Esclarecer a mãe sobre as imunizações obrigatórias no primeiro ano de vida.

Evitar que a criança fique em ambientes poluídos por fumaça causada por fogo ou cigarro. Evitar fumar no local em que se encontram crianças. Sabe-se que a fumaça de cigarros, principalmente, é um fator de aparecimento e agravamento de doenças respiratórias nas crianças.

Esclarecer que manter o aleitamento é uma importante medida de prevenção.

- Sobre o aquecimento

Esclarecer que nos lactentes pequenos e, em especial nas regiões de temperaturas mais baixas, é importante mantê-los aquecidos. O contato com o corpo da mãe ajuda. Se a criança ficar molhada ou suar, pode apresentar queda de temperatura corporal, que é prejudicial para a recuperação.

Sumário de Orientações para Mães e Familiares

Observar sinais de gravidade	- Respiração rápida ou difícil - Dificuldade em alimentar-se ou ingerir líquidos - Piora do estado geral

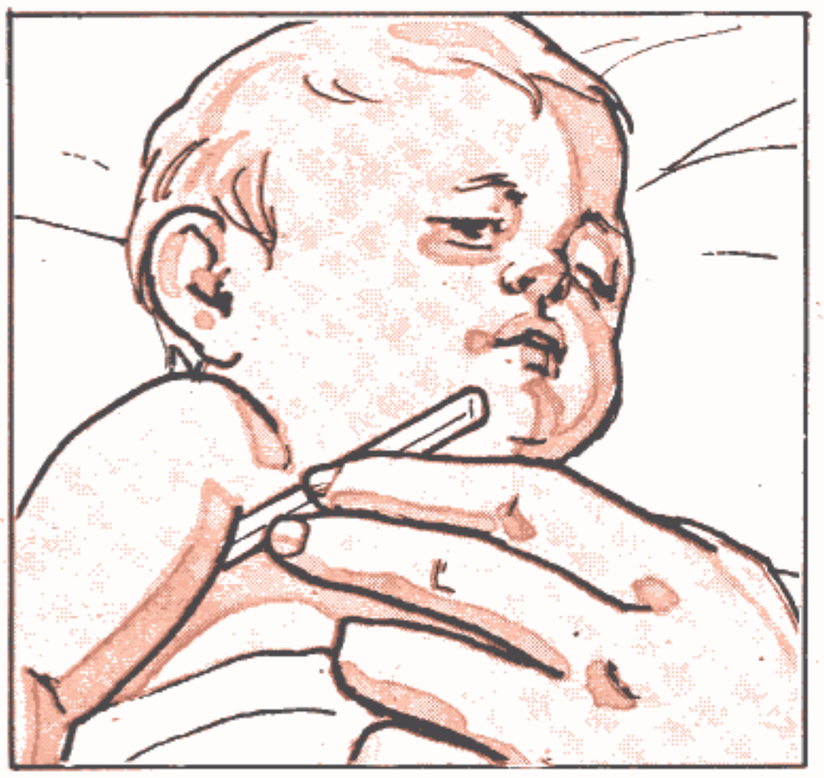
Lembrar que estes podem ser sinais de **Pneumonia**.

Alimentar a criança durante a doença
Limpar o nariz para facilitar a alimentação
Aumentar a oferta de líquidos
Continuar o aleitamento materno
Aumentar a oferta de alimentos depois da doença
Manter os lactentes pequenos aquecidos, especialmente nas regiões com temperaturas mais frias.

Seção V. Procedimentos Técnicos e Terapêuticos

V.1. Como Tratar a Febre

1. Medicação por via oral.



• Ácido Acetil Salicílico (AAS-Ceme) apresentação: Comprimidos de 100 mg. A dose diária é de 60 mg/Kg/dia e deve ser dividida em 4 ou 6 tomadas. O importante é não ultrapassar a dose máxima diária de 100 mg/Kg.

Se não houver possibilidade de pesar a criança, use o seguinte esquema, por tomada (dose):

- Até 6 meses: meio comprimido (50 mg);
- 3 meses a 2 anos: 1 comprimido (100 mg);
- 3 a 4 anos: 2 comprimidos (200 mg).

Dar banhos mornos e usar compressas úmidas em áreas extensas do corpo para ajudar a diminuir a temperatura.

• Acetominofen (ou Paracetamol) apresentação: frascos com 15 ml
- 1 gota/Kg/dose até máximo de 30 gotas/dose de 6/6 horas.

2. A alternativa nos casos em que a criança não pode deglutir é:

• Dipirona por via intramuscular ou endovenosa na dose de 10 a 15 mg/Kg/dose, com máxima de 1 g. nas 24 horas. Cada ml contém 500 mg. Ou Dipirona supositório, nas apresentações de 300 mg, 350 mg, 500 mg e 1 g. a ser aplicado com intervalos mínimos de 6/6 horas, de acordo com o peso.

V.2. Oxigenoterapia

A - Indicações:

• Cianose;
• Impossibilidade de ingerir líquidos ou cianose durante a mamada;
• Tiragem subcostal;
• Menor de 2 meses com gemido ou respiração acima de 60 RPM;
• Irritabilidade/Sonolência;
• Estridor em repouso.

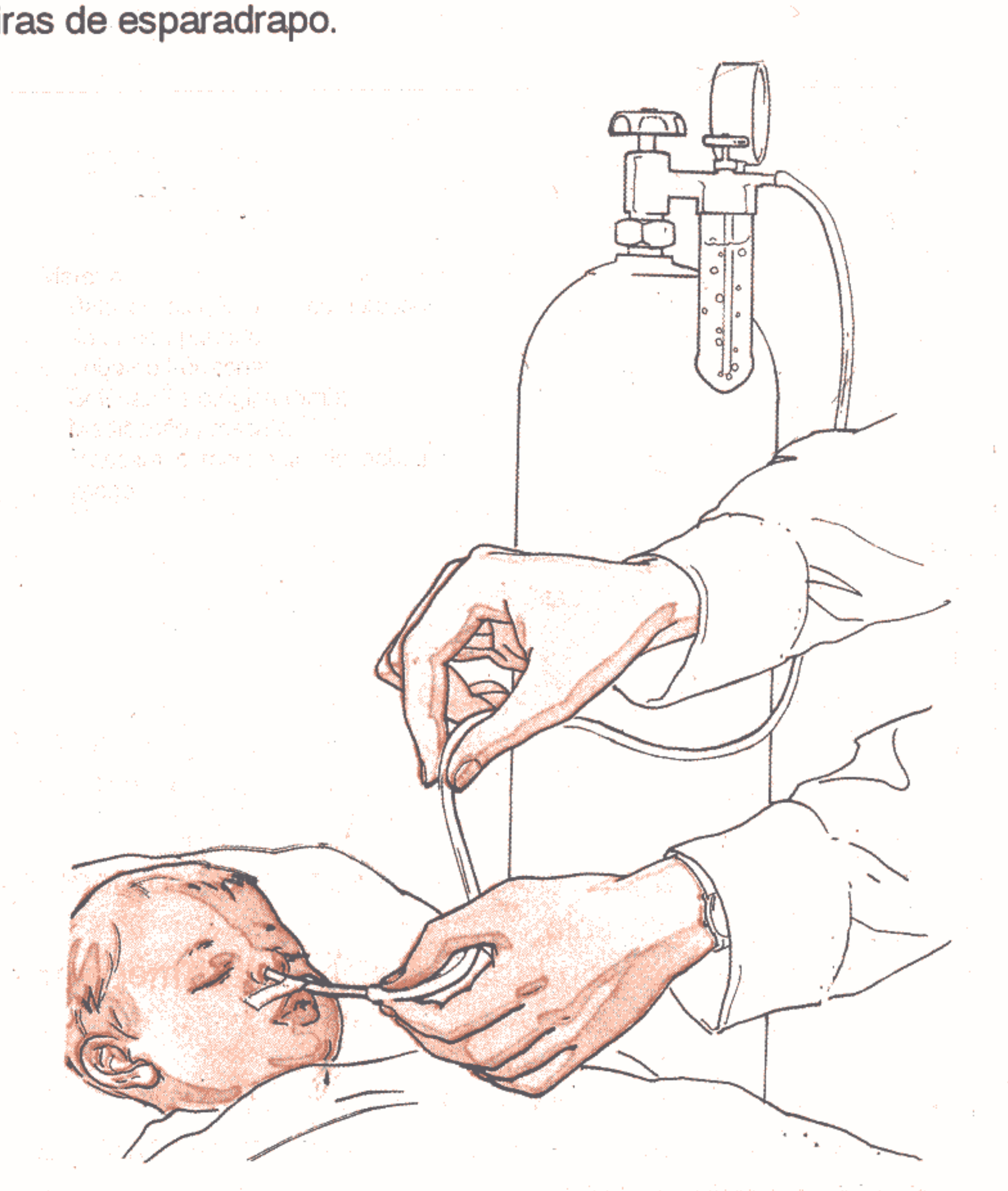
Observação:

Lactentes com IRA de vias aéreas inferiores tem risco maior de apnéia e insuficiência respiratória, pelo que o uso de oxigênio deve ser precoce. Nos casos de estridor, o uso de oxigênio deve ser observado rigorosamente pelo risco de dissimular o agravamento da insuficiência respiratória.

B - Como administrar oxigênio

Material:

- Cilindro do oxigênio;
- Frasco próprio com água destilada ou fervida;
- Tudo de borracha;
- Cateter nasal ou máscara;
- Tiras de esparadrapo.



Preparo do material para oxigenoterapia

• Adaptar o manômetro à bala de oxigênio;

• Colocar água no vidro até a marca indicada e adaptá-la ao manômetro, fazer o mesmo com o tubo de borracha;

• Abrir o registro da bala e do manômetro;

• Verificar o seu funcionamento através do borbulhar contínuo da água;

• Movimentar o registro do manômetro ajustando o ponteiro para o número 1, que corresponde ao fluxo de oxigênio prescrito - 1 litro por minuto - indicado quando usar cateter. No caso de utilização da máscara, ajuste o ponteiro para o número 5 (5 litros por minuto). Fechar o registro do manômetro;

• Não utilizar fluxos maiores pois poderá ocasionar distensão gástrica, dificultando a respiração, além do desperdício.

Atenção: Não usar graxas ou óleos nas conexões ou válvulas pois podem provocar explosões.

Cuidados na administração do oxigênio

• Verificar os sinais vitais da criança;

• Quando se utilizar o cateter, medir com o próprio cateter a distância que vai do nariz até a orelha da criança e fazer uma marca com a tira de esparadrapo;

• Abrir o registro do manômetro e regular o ponteiro para o número 1;

• Introduzir o cateter no nariz da criança até a marca do esparadrapo, fixando-o provisoriamente;

• Abrir a boca da criança com o auxílio do abaixador de língua. Se o cateter estiver aparecendo, puxar um pouco para fora até que a ponta desapareça. Isto permite a passagem correta de oxigênio, evita os acessos de tosse e a ânsia de vômito.

• Fixar o cateter com esparadrapo no rosto da criança;

• Manter a criança sob observação durante o tratamento. Observar também o manômetro para que se mantenha sempre o número 1, e regular quando necessário;

• Manter as narinas limpas, pois o excesso de muco pode dificultar o aproveitamento da oxigenoterapia;

• Se a criança estiver com sonda nasogástrica, usar a mesma narina para o cateter de oxigênio.

Cuidados ao término do tratamento

• Fechar a válvula do manômetro, retirar o cateter da narina e desprezá-lo;

• Lavar o rosto de criança;

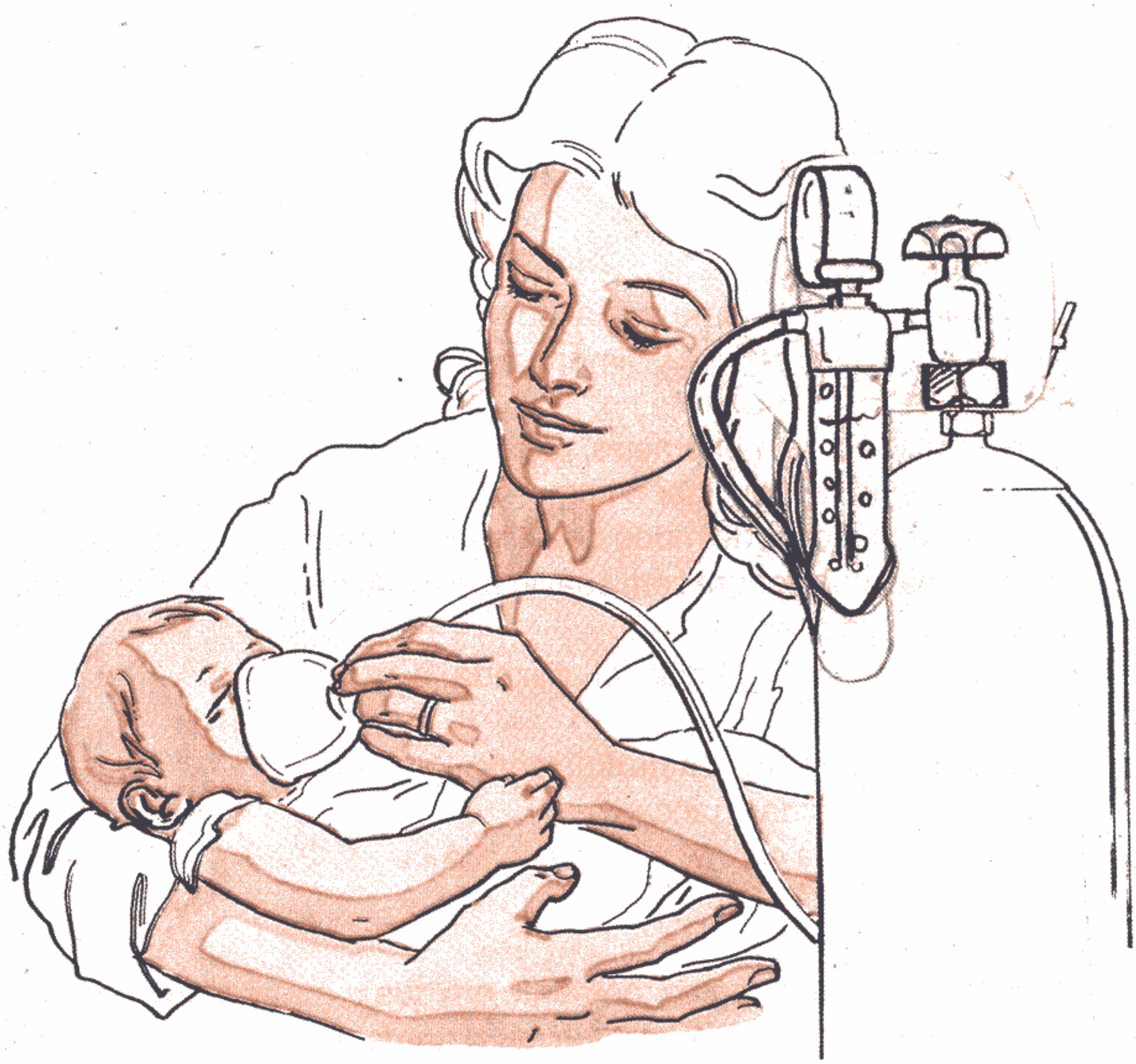
• Proteger a ponta do tubo de borracha até próximo uso;
• Fazer os registros necessários.

Observações:

• Não permitir que fumem no local do tratamento, pois pode ocorrer explosão. Coloque uma placa "Não Fume" perto do balão.

• Evitar escapamento do oxigênio próximo aos olhos da criança, pois provocará irritações.

• Evitar que a água do frasco termine, pois a criança precisa receber sempre oxigênio úmido.



V.3. Nebulização

Material

- Cilindro de oxigênio ou compressor de ar comprimido;
- Tubo de borracha;
- Solução fisiológica (5 ml);
- Medicação prescrita;
- Máscara e recipiente de nebulização.

Preparo do material

- Montar o cilindro do oxigênio com o manômetro e o tubo de borracha (igual à oxigenoterapia);
- Colocar no recipiente 5 ml de soro fisiológico e a medicação prescrita e adaptar o manômetro;
- Adaptar a máscara ao tubo de borracha;
- Verificar o funcionamento do cilindro e do manômetro da mesma maneira da oxigenoterapia;
- Fazer nebulização;
- Pedir à mãe que acalme a criança no colo;
- Verificar os sinais vitais, limpar o nariz da criança eliminando as secreções;
- Abrir a válvula do manômetro, regulando o ponteiro para o número 5 (cinco litros por minuto), ou ligar o compressor;
- Colocar a máscara de modo que envolva a boca e o nariz da criança;
- Pedir à mãe que segure com suavidade a máscara, deixando a criança o mais tranqüila possível;
- Verificar se toda a solução foi utilizada.

Cuidados ao término da nebulização

- Enxugar o rosto da criança;
- Lavar a máscara com água e desinfetá-la.

Observações:

- A nebulização termina no momento em que a água do frasco acabar;
- Não permitir que fumem no local do tratamento.

Quadro 11- Medicamentos Utilizados no Tratamento das IRAs

Medicamento	Dose	Via	Intervalo	Apresentação
Acetaminofen	100 mg/Kg/ 24 horas	Oral	**6/6 horas**	Suspensão 1 ml = 100 mg
Ácido Acetilsalicílico	60 a 70 mg/ Kg/24 horas	Oral	**4/4 ou 6/6 horas**	Comprimido de 100 mg
Aminofilina	4 a 6 mg/Kg/dose	Oral	**6/6 horas**	Suspensão oral com 5 ml = 50 mg Gotas 1 gota=10 mg Comp. com 100 mg
Amoxicilina	50 mg/Kg/24 horas	Oral	**8/8 horas**	Suspensão oral com 250 mg/5 ml Cápsula 250 mg
Ampicilina	100 mg/Kg/ 24horas	Oral	**6/6 horas**	Suspensão com 5 ml = 250 mg
Dipirona	5 a 15 mg/Kg/dose (máximo 1g/24 horas)	Intramus-cular	**6/6 horas**	Ampola de 1 ml = 500 mg
Eritromicina	20 a 40 mg/Kg/ 24 horas	Oral	**6/6 horas**	Suspensão de 5 ml com 250 mg
Fenoterol	1 gota/3 Kg/dose	Inalatória	**20 a 30 minutos oral**	Solução 1 ml = 5 mg
Gentamicina	2,5 mg/Kg/dose	Intramus-cular Endovenosa	**1ª dose**	Ampola de 1 ml com 10 mg ou 20 mg
Penicilina G Benzatina	6 meses a 4 anos = 600.000 U	Intramus-cular	**Dose única**	Frasco-ampola com 600.000 U ou 1.200.000 U
Penicilina G Procaína	50.000 U/Kg/24 horas dose máxima 400.000 U/24 horas	Intramus-cular	**24/24 horas**	Frasco/ampola com 300.000 U de Proc. 100.000 de P Cristalina Total=400.000
Penicilina G Cristalina	100-200.000 U/Kg/ 24 horas	Endovenosa	**6/6 horas**	Frasco-ampola 1.000.000 U
Salbutamol	0,1 mg/Kg/dose 1 gota/3 Kgs/dose	Oral Inalatória	**6/6 horas ou 8/8 horas 20 a 30 minutos (máximo 3 doses)**	Xarope de 5 ml = 2 mg Solução 1 ml = 5 mg Comp. com 2 mg
Solução Fisio-lógica Nasal	10 gotas	Nasal	**4/4 horas ou quando necessário**	Solução de Cloreto de Sódio 0,9%
Sulfametoxazol + Trimetoprim	40 mg/Kg/24 horas de Sulfametoxazol	Oral	**12/12 horas**	Suspensão oral c/ 5ml=200mg de Sulfa+40 mg de Trimetoprim Comp. com 400 mg de Sulfa + 80 mg de Trimetoprim

ERRATA

Viemos por meio desta, informar as seguintes correções existentes em nosso exemplar.
São elas:

Pág. 6
Onde se lê:
I. Introdução da Terceira Edição
Leia-se:
I. Introdução à Terceira Edição

Pág. 12
Onde se lê:
Quadro 3 - Conduta da Criança Menor de 2 Meses com Tosse ou Dificuldade Respiratória
Leia-se:
Quadro 3 - Conduta na Criança Menor de 2 Meses com Tosse ou Dificuldade Respiratória

Pág. 15
Acrescentar acima da 2ª coluna do Quadro 4:
de 1 a 4 anos

Pág. 16
Onde se lê:
Quadro 6 - Conduta da Criança de 2 Meses a 4 Anos com Tosse ou Dificuldade Respiratória
Leia-se:
Quadro 6 - Conduta na Criança de 2 Meses a 4 Anos com Tosse ou Dificuldade Respiratória

Pág. 17
Onde se lê:
Quadro 7 - Conduta da Criança com Dor de Ouvido
Leia-se:
Quadro 7 - Conduta na Criança com Dor de Ouvido

Pág. 19
Onde se lê:
Quadro 8 - Conduta da Criança com Dor de Garganta

Os casos suspeitos de difteria (membrana acinzentalas na garganta, história vacinal negativa, estado toxêmico) deverão se hospitalizados devido à sua gravidade.
Leia-se
Quadro 8 - Conduta na Criança com Dor de Garganta

Os casos suspeitos de difteria (membrana acinzentada na garganta, história vacinal negativa, estado toxêmico) deverão ser hospitalizados devido à sua gravidade.

Pág. 21:
Onde se lê:
Quadro 10 - Conduta da Criança com Sibilância

Broncodilatador por via oral para cada 7 dias
Leia-se:
Quadro 10 - Conduta na Criança com Sibilância

Broncodilatador por via oral para casa por 7 dias

Elaboração da primeira edição:

Carmem Lúcia Muricy
Edna Akreman Macedo
Germano Gerhardt Filho
Margareth Pretti Dalcolmo - Coordenadora
Maria Alice Rodrigues Lima
Maria Lúcia Fernandes Penna
Philipe Cavalie

Revisão da terceira edição:

Antônio José Ledo Alves da Cunha
Clemax do Couto Sant'Anna
José Miguel Chatkin
Margareth Pretti Dalcolmo
Maria Anice S. Fontenele e Silva - Coordenadora
Maria Aparecida de Souza Paiva

Assessoria Técnico-Financeira

. Comissão de Peritos em IRA do Ministério da Saúde
. Organização Pan-Americana de Saúde/OMS
. Projeto BRA/90/032 - MS/PNUD
. Sociedade Brasileira de Pediatria: Comitê de Doenças Respiratórias
. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia: Comitê de Pediatria